

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

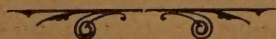
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'AVENIR ÉLOIGNÉ DU PRÉMATURÉ

PAR

Jean-Marie-Roger CRAMOUZAUD-DONNARIEUX

Président : M. PINARD, professeur

Officier de la Légion d'honneur, Membre de l'Académie de médecine, Professeur de Clinique



LIMOGES

IMPRIMERIE COMMERCIALE PERRETTE

7, Cours Jourdan, 7

—
1912

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINET
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
Clinique médicale.....	ROGER
Maladies des enfants.....	DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale.....	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.....	GILBERT BALLET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER
Clinique d'accouchement.....	DEJERINE
Clinique gynécologique.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale infantile.....	QUENU
Clinique thérapeutique.....	RECLUS
	SEGOND
	DE LAPERSONNE
	N.
	BAR
	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZAR	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LEPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Avant-Propos

Arrivé au terme officiel de nos études médicales, nous voulons que, dès le seuil de notre thèse inaugurale, nos premiers mots soient des paroles de remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance pour tous nos maîtres, depuis le plus modeste, qui, dans notre enfance nous enseigna les premiers éléments, jusqu'aux plus éminents qui présidèrent au parachèvement de notre éducation. A tous, nous sommes heureux de dédier, en hommage de notre gratitude, ce travail, fruit de patientes recherches entreprises sous les auspices de M. le Docteur V. Wallich, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Ce fut en effet ce maître, dont nous avons su apprécier l'enseignement qu'il ne cesse de donner dans le service de M. le Professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, qui attira notre attention sur l'étude du Prématuré et de son avenir. M. Wallich a bien voulu nous diriger dans nos recherches et nous faire participer aux études qu'il poursuivait déjà sur le même sujet avec son collaborateur, M. le Docteur Fruhinsholz, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

Ne nous ménageant ni son temps, ni sa peine, non seulement M. Wallich n'épargna rien pour nous faci-

liter l'accès des services susceptibles de nous fournir des documents, mit à notre disposition tous les matériaux dont il disposait ; mais encore, il tint à rester en contact constant avec nous, à suivre pas à pas nos investigations, à examiner chacune des observations qu'il nous était permis de recueillir, se rendant compte de toutes les difficultés que nous rencontrions à chaque pas, et nous aidant de tout son pouvoir à les surmonter. Puis, lorsque parut son rapport au Congrès de la Société Obstétricale de France, fait en commun avec M. Fruhinsholz, il eut soin de ne pas oublier son modeste collaborateur, et de lui faire large la part qui lui revenait dans les recherches sur l'avenir lointain du prématuré. Aussi est-ce pour nous un agréable devoir de dire ici, à notre maître, combien nous avons été sensible à l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner, et combien est grande notre reconnaissance envers lui et aussi envers M. le Professeur agrégé Fruhinsholz dont les documents et les études d'auteurs allemands nous ont été particulièrement utiles au cours de notre travail.

Nous n'oublions pas, aussi, les chefs de services qui ont bien voulu mettre à notre disposition leurs archives, et nous sommes heureux d'exprimer toute notre gratitude à M. le Professeur Pierre Marie, à M. le Docteur Wurpas, à M. A. Leri, agrégé de la Faculté, qui ont bien voulu faciliter nos recherches à Bicêtre, ainsi qu'à M. Auguste Broca, agrégé, chirurgien à l'hôpital des « Enfants Malades », qui nous a permis de dresser dans son service de très intéressantes statistiques.

Nous devons remercier d'une façon toute particulière M. Nageotte, Médecin de l'hospice de Bicêtre ; nos

plus complets documents proviennent des riches observations de son service. Nous remercions également MM. Bresset et Destré pour les indications qu'ils ont bien voulu nous fournir au sujet des rapports qu'il y a entre l'hérédo-syphilis et la prématuration.

Qu'il nous soit enfin permis d'exprimer à M. le Professeur Pinard notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse, comme aussi pour le précieux enseignement qu'il nous a donné lorsque nous avons eu la bonne fortune d'être admis dans son service.

Introduction

Recueillir des documents à la fois aussi nombreux, aussi complets et aussi précis que possible, rechercher des observations de prématurés en ville, à l'hôpital, dans les cliniques et les dispensaires ; poursuivre, jusque dans les parties les plus reculées des faubourgs de Paris et de la banlieue, la trace des parents, des sages-femmes et des médecins pour obtenir quelque précision sur les circonstances ayant entouré l'accouchement, cela au milieu des difficultés de toutes sortes que comportent de telles investigations ; telle est la tâche que nous avons entreprise sous la direction et avec le large concours de M. le Professeur agrégé V. Wallich, afin de jeter quelques clartés sur l'étude de l'avenir lointain des enfants nés prématurément.

En effet, le débat engagé, il y a quelques années, au sujet de l'accouchement prématuré thérapeutique, a soulevé la question de l'avenir des enfants nés avant terme. Que devient le prématuré ? Survit-il ? Et s'il survit, peut-il espérer une existence équivalente à celle de l'enfant normal, né à neuf mois, ou bien est-il voué à une infériorité, voire même à une déchéance fatale du fait même de sa *prématuration* ? (1).

(1) Nous emploierons conventionnellement le terme de *prématuration*, bien qu'il ne figure pas dans le dictionnaire de Littré,

Cette question, d'un intérêt primordial, puisque d'elle dépend en quelque sorte la légitimité de la prématuration provoquée thérapeutiquement, cette question bien souvent agitée et par les hommes les plus autorisés et les plus compétents, n'a pu cependant trouver encore une solution nette ralliant la majorité des suffrages.

En effet, partisans comme adversaires de la prématuration provoquée, ont apporté, pour étayer leurs arguments, surtout des impressions suggérées sans doute par une longue pratique et une grande expérience, mais très peu de faits cliniques ; les documents manquaient, les observations étaient rares et incomplètes, peu d'auteurs s'étaient occupés de l'avenir lointain du prématuré.

Devant cet état de choses, il parut opportun à la Société Obstétricale de France de remettre cette question à l'ordre du jour et de charger deux de ses membres : M. le Docteur V. Wallich, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et M. le Docteur A. Fruhinsholz, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, de rédiger, après enquêtes, un rapport dans lequel ils montreraient en toute impartialité ce que devenaient en fait, dans l'existence, ceux dont la vie intra-utérine avait été abrégée soit spontanément, soit artificiellement dans un but thérapeutique.

Pendant que les deux rapporteurs, partant du petit prématuré pour remonter à l'adulte, recueillaient des

pour cette raison que le terme de *prématurité* grammaticalement correct, offre un sens très déterminé : maturité avant le temps ordinaire, qui n'est pas précisément celui dans lequel nous aurions occasion de l'utiliser ici.

documents dans leurs clientèles privées et dans celles de leurs confrères qui voulaient bien leur communiquer leurs observations personnelles, l'un d'eux, le Docteur V. Wallich, nous chargea de faire des recherches dans le même sens dans les hôpitaux et hospices parisiens. Mais, tandis que MM. Wallich et Fruhinholz procédaient par voie descendante, partant de la couveuse pour suivre pas à pas le développement du sujet dans la vie en notant directement et avec le plus de précision possible tous les renseignements et toutes les circonstances relatifs à l'hérédité, à la conception, à la grossesse, à l'accouchement, etc..., nous avons employé la méthode inverse : nous sommes partis de l'adulte ou de l'adolescent pour remonter vers le nouveau-né. Sans doute, cette méthode est moins parfaite et plus sujette à erreur que la précédente, puisqu'elle utilise des témoignages recueillis indirectement, souvent incomplets et difficiles à vérifier. Cependant, elle offre le double avantage de venir en quelque sorte compléter la méthode directe et d'apporter en plus des renseignements intéressants sur les conditions où naissent certaines catégories d'anormaux et d'infirmes qui se trouvent groupés dans les hôpitaux et hospices où nous avons poursuivi nos investigations.

C'est l'ensemble de toutes ces recherches, joint à l'exposé de tous les témoignages que nous avons pu recueillir relatifs à la prématuration et à l'avenir du prématuré, qui fera l'objet de ce travail. Travail dans lequel nous nous sommes attaché surtout à accumuler le plus possible de faits et d'observations, à donner le document tel qu'il nous a été transmis ou que nous avons pu nous-mêmes le recueillir afin qu'il conserve

toute sa valeur et que nos efforts soient de quelque utilité à ceux qui, après nous, voudront jeter encore un peu plus de lumière sur la question du Prématuré.

Pour la commodité de l'exposé nous avons adopté les divisions et l'ordre suivant :

CHAPITRE I^{er}

Historique. — Dans lequel seront relatés tous les travaux et tous les documents que nous avons pu recueillir et qui sont antérieurs aux recherches auxquelles nous avons pris part.

CHAPITRE II

Exposé des dernières recherches et en particulier des observations recueillies dans les différents services de Bicêtre et aux Enfants Malades.

CHAPITRE III

Résultats que nous avons pu dégager de l'étude de tous les documents cités

CONCLUSIONS

CHAPITRE PREMIER

Historique

1^o HISTOIRE ANECDOTIQUE

Si l'on en croit la légende, le doyen des prématurés serait Eurysthée (1), ce fils de Sthénelos que Junon, par jalousie d'Almène, fit naître à 7 mois afin qu'il fût l'aîné de celui qui devait être Hercule. Cette prématuration n'empêcha pas le héros de devenir roi de Mycènes, d'imposer à Hercule la dure épreuve de ses douze travaux, et de mourir longtemps après, en Attique, dans une guerre contre les Héraclides.

Mais il nous faut arriver jusqu'au xvi^e siècle pour rencontrer Fortunius Licetus (2), médecin professeur

(1) Decharme (Mythologie de la Grèce antique).

(2) Van Swieten (comment., t. IV, page 454. Edition) : « Neque etiam immaturos fœtus certo perire debere constat exemplo Fortunii Liceti cujus mater gravida successibus in molesto itinere et gravis tempestatis terrore abortuna passa fuit, credens se non multum a septimo graviditatis mense abesse. Recens natus

à l'Université de Padoue, né le 3 octobre 1577 dont Van Swieten, avant Osiander, rapporte en ses commentaires la curieuse histoire. Il s'agit encore d'un prématuré au septième mois, dont la taille ne dépassait pas un empan. Son père, médecin, entreprit néanmoins de l'élever dans une couveuse de sa façon, et l'avorton se développa si bel et si bien qu'après avoir joui toute sa vie d'une excellente santé, après avoir été un maître renommé pour ses travaux scientifiques, il mourut à 80 ans passés !

Puis l'histoire abonde en hommes illustres venus au monde prématurés ou débiles ; malheureusement pour nous, le plus souvent, les détails manquent moins sur les faits qui signalèrent leur existence que sur les circonstances qui entourèrent leurs premiers moments : C'est Newton qui naquit « si petit et si faible » dit Witkowsky (3) « qu'on doutait qu'il put vivre et qu'il avait devant lui 85 ans d'existence ». C'est Fontenelle (4) mort centenaire, si frêle à sa naissance qu'on n'osait le sortir. Jean-Jacques Rousseau (5) dit quelque part : « Je suis venu au monde infirme et malade... » Voltaire (6) serait né prématurément au cours d'une promenade en voiture que faisait sa mère

non superabat palmæ manus magnitudinem. Pater medicus tamen non desperabat de conservando filio, et tenerum corpusculum fovit in furno tepido, simili fere artificio, ac Ægyptii ova tractare solent, ut absque incubatu gallinæ pulli excludantur; nutricem instruxit, quomodo alere deberet tenellum et sollicitudinis suæ præmium hoc nactus fuit, ut non tantum adolesceret, sed multis operibus eruditus, clarus octogesimum fere ætatis annum, attingeret, dum moreretur. »

(3) Witkowsky : *Les accouchements à la Cour*. Paris, Steinheil.

(4) Idem.

(5) J.-J. Rousseau : *Confessions*.

(6) Witkowsky : *Les accouchements à la Cour*, Paris, Steinheil.

à Chatenay. « L'extrême faiblesse du nouveau-né empêcha de le transporter à l'église ; on se contenta de l'ondoyer dans la maison paternelle, on le garda pendant 9 mois entre la vie et la mort. Dix fois pour une il aurait dû mourir : à peine était-il né qu'on le laisse pour mort sur un fauteuil ; son grand-père arrive, ne voit pas le paquet et s'assied dessus ; l'enfant produit le bruit d'un soufflet qu'on écrase. On parvint cependant à le ranimer... » D'Alembert (7) l'enfant trouvé, n'était pas, paraît-il, d'une complexion robuste. Cuvier (8) écrit : « Je naquis très faible le 23 août 1769... » Dans Victor Hugo raconté par un témoin de sa vie, il est dit : « Il n'avait rien de la belle mine de ses frères, il était si petit, si délicat, si chétif, que l'accoucheur déclara qu'il ne vivrait pas. J'ai entendu plusieurs fois sa mère raconter sa venue au monde ; elle disait qu'il n'était pas plus long qu'un couteau... » Et cet enfant débile qui devait mourir octogénaire parle ainsi de sa faiblesse native dans les *Feuilles d'Automne* :

Un enfant sans couleur, sans regard et sans voix
Si débile qu'il fut ainsi qu'une chimère
Abandonné de tous excepté de sa mère

.....
Cet enfant que la vie effaçait de son livre
Et qui n'avait pas même un lendemain à vivre,
C'était moi.

C'est aussi Michelet (9) qui écrit dans *Ma Jeunesse* :

(7) Grands hommes nés débiles : *Chronique Médicale* ; 1898, n° 19.

(8) Cuvier, in « *Mémoires pour servir à celui qui fera mon éloge*, écrits au crayon, dans ma voiture pendant mes courses en 1822 et 1823 ; cependant sur pièces authentiques », *Chr. médic.* du Dr Cabanès, 1898 n° 19.

(9) *Chronique Médicale* du Dr Cabanes.

« J'étais né si peu viable, agité, maladif sans maladie ; sans les soins de mon père et de ma mère, qui se relayaient la nuit pour m'alimenter, je serais mort en effet. » Janin, dans son ouvrage sur Lamartine, dit : « Il était né si chétif que l'on désespéra de sa vie... » De même Franklin dans *La Vie privée d'autrefois*, parlant du futur Louis XVI, dit : « L'enfant faible et délicat ne semblait pas devoir vivre. » Et Mary-James Darmesteter, dans sa bibliographie de Renan, dit : « Le petit Ernest naquit à la fin de l'hiver en 1823. Il vint au monde deux mois avant terme, si chétif que l'on crut qu'il ne vivrait pas. La vieille garde, la sorcière, vint dire à la mère qu'elle avait un moyen très sûr pour savoir le sort de son enfant : Elle prit une des petites chemises du nouveau-né et la trempa un matin dans une fontaine sacrée. Elle revint en courant, toute rayonnante : il peut vivre, il peut vivre, si vous aviez vu comme les deux manches se sont élancées ! »

Mais ces faits, si curieux qu'ils puissent être, ne sont que de l'anecdote et n'ont qu'un intérêt secondaire pour l'objet que nous poursuivons.

2° ORDRE CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX

Plus intéressante est l'étude des documents relatifs à la destinée du prématuré, que l'on retrouve dans la littérature médicale et que nous pouvons envisager suivant trois périodes :

Dans une première période, jusqu'en 1893, époque où M. le professeur Pinard fit son rapport célèbre à la Société Obstétricale de France, c'est à peine s'il est question de l'avenir surtout éloigné des enfants nés avant terme. De la Motter (11) se contente de dire : « La raison insinue suffisamment qu'un enfant est d'autant plus en état de vivre qu'il approche plus du terme de neuf mois » et il raille et Mauriceau qui veut « que les enfants nés à 7 mois soient tous des avortons incapables de vivre » et Peu qui « tout au contraire, dit que les enfants qui naissent à 7 mois sont forts, robustes, vigoureux, qu'ils ont de l'embonpoint et qu'ils vivent comme s'ils étaient à terme, et qu'à 8 mois il n'en échappe aucun : le blanc et le noir ne sont pas plus différents. »

Mauriceau (12), dans ses observations sur la grossesse, relatant l'observation d'un enfant de 7 mois, dit : « La faiblesse naturelle fut cause qu'il mourut le 6^e jour de sa naissance comme font ordinairement tous les enfants qui naissent véritablement à un terme prématuré dont je n'ai jamais vu aucun survivre plus de 7 jours ». Plus loin (obs. 345), le même auteur dit : « Les enfants de 8 mois vivent bien mieux que ceux de 7 qui sont toujours si petits et si faibles que je ne crois pas que de mille il en puisse vivre un seul... » ; puis, parlant d'un enfant né à 8 mois et quelques jours, il dit que cet enfant, qui était très petit et délicat au temps de sa naissance prématurée, est présentement aussi fort et robuste que tous les autres enfants

(11) De la Motter Gr. b., page 120.

(12) Mauriceau, *Obs. sur la grossesse*. Edit. 1694.

dont j'ai accouché depuis ce temps-là la mère, au terme de 9 mois. »

Osiander (13) rapporte d'abord l'histoire comparative de deux jumeaux qui étaient de poids très inégal à leur naissance et qui ultérieurement se sont développés au point de se valoir l'un l'autre ; puis l'histoire de Fortunius Licetus, déjà rapportée par Van Swieten, et enfin écrit : « Un enfant de la 30^e à la 34^e semaine peut vivre à force de soins pendant des jours et des semaines et atteindre, à la rigueur, à l'âge adulte. Quand on peut élever de tels enfants, il ne suffit pas de les tenir au chaud et au sec dans l'ouate, mais au chaud et à l'humidité. J'ai vu dans mon pays un petit garçon qui paraissait à peine âgé de 7 mois qui était si petit qu'il aurait tenu facilement dans un vase de nuit de forme allongée comme on en voit dans les salles de femmes ; on l'éleva pendant plusieurs semaines enveloppé dans un linge et plongé dans un bain de lait chaud étendu d'eau, la tête seule émergeant ; il absorba ainsi du lait par la peau, il survécut ainsi et devint un adolescent frère qui mourut à 20 ans. »

En 1875, Ahlfeld (14) consigne quelques cas intéressants, en particulier celui d'Outrepont (1805) (15) : Accouchement prématuré par suite d'insertion vicieuse de placenta et version consécutive (pratiquée par d'Outrepont lui-même qui ne considère pas l'enfant comme viable) ; l'enfant crie de suite. Le lendemain on pèse l'enfant : 1 livre $\frac{1}{2}$; on le mesure : 13 pouces $\frac{1}{2}$. Sa

(13) Osiander, *Haadb. der Entbindungskunst*. Tubingen 1819, t. I p. 575.

(14) Ahlfeld, *Arch. für Gynäk*, 1875, t. VIII, page 194.

(15) *Abhandlungen und Beiträge geburshülflichen Inhalts*. Theil I S. 167.

peau est recouverte de duvet ; c'est un garçon. L'enfant ne pleure pas, le pouls est irrégulier et s'accélère au moindre mouvement. Il est élevé dans un panier entouré de coton, il dort presque constamment. On le gave avec un peu d'eau sucrée puis avec du lait coupé d'eau. Il ne commence à uriner qu'au 7^e jour. Aucune sensibilité au son pendant 3 mois ; le développement de l'esprit paraît précéder le développement des forces. A l'âge de 11 ans, il a l'air d'un enfant de 7 à 8 ans, commence à lire et à écrire... » Puis suivent des cas dont les enfants n'ont été suivis que quelques mois, et l'observation d'un enfant accouché dans la 28^e ou 29^e semaine, mesurant 39 cm $\frac{1}{2}$, actuellement âgé de plus d'un an ; l'enfant est intellectuellement bien développé, conserve un peu de pâleur de la face ; la tête est relativement grosse.

A. Pinard (16) relate l'observation d'un enfant de 1300 grammes qui est « un magnifique enfant âgé aujourd'hui de deux ans. » — Bailly, (17) en 1880, d'après Charles (de Liège), (18) aurait rapporté dans le journal d'accouchement le cas d'un enfant qui avait au plus 6 mois 21 jours de vie intra-utérine et qui a continué de vivre et de progresser. Miller (19), en 1886, aurait observé des cas analogues.

Tels sont les rares documents que l'on peut retrouver épars dans la littérature médicale lorsque s'ouvre notre deuxième période, période de discussion et de com-

(16) A. Pinard : dict. encyclopédique de Dechambre. Art. fœtus.

(17) Bailly, journal d'accouchement 1880.

(18) Charles (de Liège), cours d'accouchement, 1897, t. I.

(19) Miller Jahrb. für Kinderheilk, tome XXV, p. 179, 1886.

bat, où deux écoles se forment, groupant l'une avec Tarnier et Budin les défenseurs de l'accouchement prématuré et de l'élevage artificiel, l'autre, avec Pignard et ses élèves, les adversaires déterminés d'une méthode lançant dans la vie « des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, pour la plupart candidats désignés aux maladies et aux infirmités » et considérant, comme Audebert (20) le prématuré comme « un blessé, presque toujours un malade, toujours un avorton... Vous trouverez ainsi de par le monde, dit ce même auteur, des individus d'un développement physique et intellectuel égal ou supérieur à la moyenne et qui sont cependant des enfants nés avant terme, mais ce sont là des exceptions, exceptions d'autant plus fréquentes que la vie intra-utérine a duré plus longtemps. »

Mais, comme nous le disions plus haut, les documents sont très rares et les observations restent clairsemées dans les publications : en 1895 Villemain (21) publie le cas suivant : « Dernières règles début novembre 1891. Accouchement prématuré 14 mai 1892, à la suite d'une rupture du sinus circulaire (vu par Budin). Fille de 24 à 26 semaines, négligée d'abord parce que considérée comme non viable, puis mise en couveuse. Le 17 mai elle pèse 955 grammes ; le 30 mai 900 grammes. Elle a plusieurs fois des crises de mort apparente avec apnée. Elle est gavée jusqu'à 6 semaines,

(20) Audebert, *Archiv. Médicales de Toulouse*, 15 mai, 15 septembre 1900, 15 mai 1901.

(21) Villemain, *Revue des maladies des enfants*, T. XIII, janvier 1895.

puis mise au sein d'une nourrice. Elle est sortie de couveuse à 2 mois. Broncho-pneumonie à 10 mois ; à 31 mois marche seule, mesure 80 cm., pèse 9 kg 425, parle quelques mots de français, comprend l'allemand, reste très pâle. A toutes ses dents sauf la seconde petite molaire supérieure gauche. »

Charpentier (22), dans son traité, signale un enfant né à 7 mois moins une semaine et ne pesant que 1040 grammes ; cet enfant s'est développé tellement bien qu'à deux ans il avait l'aspect des enfants de cet âge.

Charles (de Liège) (23) a vu en ville un enfant venu accidentellement à 6 mois et ne pesant que 1050 gr. il a aujourd'hui 5 ans et se porte très bien.

Mais il nous faut arriver jusqu'en 1898 et même 1900 pour entrer dans la troisième période, période vraiment documentaire. Dès cette époque les matériaux cliniques et anatomiques deviennent plus nombreux, on s'intéresse davantage au sort des prématurés ; en 1901, le Congrès National d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie tenu à Nantes, met la question à son ordre du jour.

I. — DOCUMENTS CLINIQUES

Parmi les documents cliniques qui viennent maintenant éclairer la question, nous distinguerons :

A. Les observations isolées.

(22) Charpentier, *Traité d'accouch.*, t. 1, page 234.

(23) Charles (de Liège), *Cours d'accouch.*, 1897, t. 1.

B. Les enquêtes faites par les cliniques.

C. Les monographies d'ensemble.

D. Les documents cliniques visant accessoirement l'avenir du prématuré.

A. OBSERVATIONS ISOLÉES

Des observations isolées plus ou moins complètes sont citées par Budin (24) qui parle de 14 enfants nés débiles dans sa clientèle et sur lesquels 13 sont vivants ; par Penet qui signale 4 enfants nés dans les mêmes conditions et dont l'un d'eux ne pesait que 1300 grammes. Budin ajoute au point de vue intellectuel de ces mêmes enfants : « Nous n'avons remarqué, chez eux, aucune défectuosité. Nous connaissons même un enfant qui, pesant 950 grammes, deux jours après sa naissance, put être élevé grâce aux soins particuliers dont son père l'entoura ; c'est aujourd'hui une fillette de 9 ans qui parle l'allemand et le français et qui est aussi intelligente que ses deux frères aînés. »

Maygrier (25) signale une fillette née en 1895, à Lari-boisière, pesant 1790 grammes, revue en 1901 bien développée pour ses 6 ans et très bien portante. Il cite aussi le cas d'un enfant né à la Charité, pesant 1110 grammes qui à un an pèse 6 k. 130 et qui est maintenant une petite fille très vive et très intelligente ; enfin un autre enfant né à la même Maternité, pesant à sa naissance 2.250 grammes qui, à deux ans, pèse 9850 grammes.

(24) Budin et Penet, Société Obst. de F., in *Obstétrique*, mai 1901.

(25) Maygrier *l'Obstétrique*, nov. 1901.

(26) Maygrier et Schwab. Soc. d'Obstét. de Paris, 20 juin 1907.

Maygrier et Schwab (26) rapportent l'observation suivante : « in pare, deux grossesses antérieures terminées à 6 mois $\frac{1}{2}$ et 7 mois par l'expulsion d'enfants morts (albuminurie gravidique). La troisième fois, accouchement, à 6 mois et 3 semaines de gestation, d'une fille de 970 grammes en état d'asphyxie bleue. Mise en couveuse à 28°-30°. Trois jours après ne pèse plus que 840 grammes, pas d'hypothermie. Dès lors, progression régulière mais faible. Nourrie par une nourrice qui trait au début son lait et donne à la cuiller pendant 6 semaines. A un mois, pèse 1040 grammes. Sortie de la couveuse à 3 mois, pesant 2.100 grammes. Courbe de poids très régulière. 1^{re} dent à 11 mois. Sevrage à 16 mois. Agée actuellement de 18 mois, pesant 6 k. 750 ; fille vivace et intelligente. »

Boissard (27) résume aussi l'observation d'un enfant né à un peu plus de 6 mois (insertion vicieuse du placenta) pesant 1200 grammes à la naissance, puis tombant à 840 grammes. Malade au bout de quelques jours de broncho-pneumonie ; élevé dans une sorte de berceau incubateur. Actuellement c'est un beau garçon âgé d'une dizaine d'années ; bien développé sous tous les rapports.

Bar (28) dans ses *Leçons de Pathologie Obstétricale* rapporte quelques cas très semblables.

B. ENQUÊTES FAITES PAR LES CLINIQUES

Les documents de ce genre nous sont fournis par les recherches faites dans les cliniques sur le sort de leurs prématurés, particulièrement ceux pour lesquels

(27) Boissard, Soc. Obst., Paris 1907.

(28) Bar, *Leçons de path. obstétricale* fasc. I, p. 146.

l'accouchement fut provoqué dans un but thérapeutique.

Tout d'abord en Allemagne, Heymann (29) en 1899, donne une première série de 39 enfants prématurés sortis vivants de son service et représentant 76,5 % des enfants issus d'accouchements provoqués ; 29 ont donné de leurs nouvelles, 11 sont morts, 18 survivent parmi lesquels 14 sont âgés de plus d'un an. Au sujet de ces 14 cas l'auteur se borne à nous donner leur poids de naissance et leur âge lors de son enquête :

N°	Poids de naissance	Age au moins de l'enfant	N°	Poids de naissance	Age au moins de l'enfant
62	2.895 gr.	8 ans	26	2.830 gr.	13 mois
75	2.555 »	4 ans	202	4.150 » (?)	6 ans
176	2.110 »	2 ans	128	3.300 »	9 ans
183	3.080 »	5 ans	110	3.400 »	5 ans
88	2.800 »	3 ans	19	3.995 »	5 ans
100	2.710 »	2 ans	233	4.070 » (?)	3 ans
47	3.700 » (?)	17 mois	84	3.950 »	4 ans

Dans une série ultérieure, le même auteur renseigne sur l'état de vie ou de mort d'une série de prématurés, mais il ne donne pas d'indications sur leur poids initial.

Vers la même époque Becker (30) (de Kiel) étudiant les prématurés issus d'accouchements provoqués, d'une part par maladie maternelle, d'autre part par bassin rétréci, constate que dans le premier cas, sur 13 provocations : 7 sont morts, les 6 autres ont vécu et survivent au moment de l'enquête :

(29) Heymann. Ueber methoden und indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn., t. LIX, 1899.

(30) Becker. Ein Beitrag zur Statistik der Künstl-Frühgeburt. Thèse de Kiel, 1899.

N°	Maladie maternelle cause de la provocation	Date de la provocation	Présentation	Intervention	Poids et taille	Suites	Etat actuel
2	Tuberc. pulmonai	7	Siège	O	2.620 gr. 47 c/m	.....	4 ans 1/2. Ne s'est développé que lentement dans les deux premières années. Ensuite bien portant et fort.
5	Néphrite	36 ^e Sem.	OIGA	O	3.090 gr. 52 c/m	.....	4 ans 1/2. Fort et bien portant.
11	Néphrite	34 ^e Sem.	Siège	Intervention	1.860 gr. 43 c/m	.....	12 ans. Un peu en retard dans son développement, rachitique. A été souvent malade. Actuellement bien portant.
12	Hystérie	37 ^e Sem.	OIGA	O	2.790 gr. 48 c/m	.....	1 an. Faible au début, s'est ensuite bien développé.
13	Atonie utérine habituelle	34 ^e Sem.	Sommet	O	3.190 gr. 50 c/m	.....	1 an. Bien développé, légère hernie ombilicale.
8	Insuf. mitrale	33 ^e Sem.	Sommet	O	2.380 gr. 47 c/m	.....	3 ans. Fort et bien développé.

Dans le second cas, il a eu 31 accouchements provoqués pour bassin rétréci ; 9 enfants sont morts immédiatement ou dans les 24 heures. Sur les 22 survivants il fait une enquête sur 12 d'entre eux dont les mères étaient mariées. Sur ces 12 cas il y a :

Enfants morts à moins d'un an.....	2
Enfant vivant de moins d'un an.....	1
Enfants vivants d'un an et plus.....	9

N°	DATE de provocati°	PRÉSENTA- TION	INCIDENTS de l'accou- chement	INTER- VENTION	POIDS et taille	SUITES pour l'enfant	ETAT ACTUEL de l'enfant
1	36° semaine	Siège	Relève- ment des bras	Extraction Manœuvre de Vert-Smelli	2.970 gr. 48 c/m.	Enfant vi- vant.	4 ans. Vif et fort.
2	37° semaine	OIDP	.....	.....	2.900 gr. 48 c/m.	id.	S'est bien déve- loppé. A marché tôt. Agé de 3 ans.
3	35° semaine	Epaule	Procidence du cordon	Version interne	2 800 gr. 47 c/m.	id.	14 mois. Fort et bien développé. Poids : 8 kilos. Taille : 73 centim.
1	36° semaine	OIGA	.....	Version	2.750 gr. 49 c/m.	Mort apparente	3 ans 1/2 environ. Bien portant et bien développé.
1	36° semaine	OIGA	.....	Manœuvre de Vert-Smelli	2.280 gr. 42 c/m.	.....	6 ans. Grand et intelligent pour son âge.
2	35° semaine	Siège	.....	.....	3.070 gr. 48 c/m.	.....	6 ans environ. Bien développé physiquement et intellectuellement.
1	36° semaine	OIGA	.....	Version	2.380 gr. 46 c/m.	.....	4 ans environ. Bien portant, bien développé.
2	36° semaine	Epaule	.....	.....	2.460 gr. 45 c/m.	.....	3 ans environ, frè- re du précédent. Bien portant, bien développé.
7	35° semaine	Sommet	.....	.....	2.850 gr. 49 c/m.	.....	1 an, solide, mar- che déjà.

En 1899 également Bruckardt (31) élève de Hofmeier faisant des recherches au sujet de la « Maladie de Little » comme conséquence de troubles obstétricaux s'inquiète de savoir ce qu'étaient devenus dans la vie 73 enfants nés à la clinique en état d'asphyxie (enfants à terme ou non, mais le plus souvent à terme, nés généralement par intervention). Sur ces 73 enfants il obtient 54 réponses sur lesquelles une seule

(31) Bruckardt. Maladie de Little comme conséquence de troubles obstétricaux, Zeitschr. f. Geb und Gyn., 1899, t. XLI.

concernait un enfant atteint de maladie de Little ; or cet enfant était un prématuré dont voici l'histoire : Mère de 30 ans, sans antécédents héréditaires notables. Délicate, n'ayant marché qu'à 3 ans. Aurait eu une déformation de la colonne vertébrale dès les premières années de sa vie ; femme petite, pâle, amaigrie, de mauvaise mine. Elle présente une cyphoscoliose thoracique, un bassin rétréci. On provoque l'accouchement dans le courant de la 32^e semaine en raison de troubles circulatoires. Naissance d'une fille de 1700 grammes, de 43 cm. de long le 5 décembre 1889. Enfant élevée au lait stérilisé et surveillée à l'hôpital pendant huit semaines ::

Au 8 ^e jour pèse.....	1450 gr.
A la fin de la 2 ^e semaine.....	1450 gr.
A la fin de la 3 ^e semaine.....	1550 gr.
A la fin de la 4 ^e semaine.....	1670 gr.
A la fin de la 5 ^e semaine.....	1730 gr.
A la fin de la 6 ^e semaine.....	1900 gr.
A la fin de la 7 ^e semaine.....	2000 gr.
A la fin de la 8 ^e semaine.....	2120 gr.

En août 1893, l'enfant est pâle. Commence à marcher, mais doit être soutenue : elle traîne ses pieds et a tendance à marcher sur les pointes. En mars 1899, on apprend que l'enfant a eu coqueluche et rougeole, autrement s'est bien portée. Elle va à l'école depuis deux ans et se tient à la hauteur des enfants de son âge. Depuis 4 ans marche avec un appareil orthopédique. Maladie de Little typique. Les fonctions psychiques sont normales.

En 1901, Ahlfeld (32) compulse les cas de sa clinique et uniquement ceux qui concernaient des femmes mariées (la mortalité des enfants de filles-mères est, en effet, très chargée pour toutes sortes de raisons autres que la prématuration). Il fait une enquête par écrit, en s'adressant directement aux mères ou à l'administration dont elles dépendent. Enquête sommaire qui ne renseigne guère que sur l'état de survie des enfants. Sur 56 cas, il a 55 réponses. Sur ces 55 enfants âgés actuellement de 5 à 14 ans et pesant à la naissance de 2.100 grammes poids minimum à 3.800 (*sic*) poids maximum, il en a 5 qui sont morts dans le courant de la première année ; 6 morts de un à deux ans ; 2 de deux à trois ans ; 1 de sept à huit ans ; soit 14. Les 41 autres vivent, mais que valent-ils ? L'auteur omet de nous éclairer à ce sujet.

Outre les quelques cas signalés plus haut (33), Budin, en 1901, fait de nouvelles investigations (34). Il fait rechercher les prématurés à l'hôpital par plusieurs de ses élèves : Perret, Planchon, Valency, Gaus-sin, Légier ; il signale les difficultés que tous ont rencontrées pour ces enquêtes à domicile, mais il ne se renseigne ainsi, et encore bien approximativement, que sur l'état de vie ou de mort des enfants. D'ailleurs ces recherches ne portent que sur des enfants âgés au plus de trois ans.

(32) Ahlfeld, *L'avenir des enfants nés prématurément à la suite de la provocation de l'accouchement*, Zeitschr. f. Gyn., 1901, n° 21, page 537.

(33) Budin et Perret, cf., observations isolées.

(34) Budin et Perret. *Nouvelles recherches sur les enfants débiles*, commun. Société obst. de F., 13 avril 1901. In obst., mai 1901.

Mueller (de Munich) (35) avoue que sur 41 cas d'accouchements prématurés provoqués, 20 enfants seulement survivaient au bout d'un mois, mais il ne précise pas davantage.

Rashkow (36), élève de Werth, nous offre dans sa thèse une documentation plus riche et plus complète encore que celle de Becker. Etudiant les prématurés provoqués par viciation pelvienne, il relate le degré de parité de la mère, la présentation, la longueur et le poids de l'enfant, son degré exact de prématuration, la date de la prématuration, les détails de l'accouchement, la marche, la parole, les maladies, la constitution actuelle du sujet. Il retrouve ainsi 37 enfants sortis vivants de la clinique, sur lesquels il a pu obtenir quelques détails. Sur ces 37, six sont morts, dont 4 dans la première année. Sur les 31 survivants (et dont nous publions plus bas les observations de ceux ayant plus d'un an) 8 présentaient à un an un développement insuffisant, 3 sont en retard pour parler ; il y en a un qui ne marche qu'à 3 ans et ne parle qu'à 3 ans $\frac{1}{2}$, mais celui-là est scrofuleux, fils de tuberculeux. La plupart de ces enfants ont marché autour d'un an, ceux qui ont marché tard étaient rachitiques par suite d'une mauvaise alimentation.

(35) Mueller, *Résultat éloigné de l'accouch. prématuré*, *Versam. deutsch naturforscher und artz in Karlsbad*, 1901. Réf. in *Zentralbl. f. Gyn.*, 1901, n° 43, page 1140.

(36) Rashkow. Thèse de Kiel, 1901.

parité	poins.	provocation	Intervention	de l'enfant	de nourritüre	de la marche	Intelligence	de l'enfant	à la naissance
10.526 V pare.	OIGA 47 c.m. 2960 gr.	»	10 heures. Forceps.	Fille, 17 ans.	Biberon.	.....	Intelligente	0	Forté dépression en cuiller. Mort apparen- te, a besoin d'être ra- nimée.
11.340 II pare.	»	»	Provocation 12 jours ? Ver- sion interne.	Fille, 15 ans, réglée à 14 ans 1/2, régulièrè- ment. Solide.	Sein.	1 an	1 an	Ictère des nouveau - nés. Rougeole.	Enfant née étonnée se ranime spontané- ment.
12.155 VII pare.	OIDP	36 ^e semaine.	58 heures, accouchement spontané.	Fille, 12 ans. Solide.	Biberon.	.....	Intelligente	0	»
12.219 IV pare.	»	36 ^e semaine.	8 h. 1/2, accou- chement sponta- né.	Fille, 12 ans 1/2. Faible cons- titution.	Biberon.	3 ans.	3 ans 1/2 Apprend bien en classe.	Rachitisme, rougeole, scar- latine, coque- luche, scrofule, phthisie.	»
14.900 IV pare	»	36 ^e semaine.	7 jours, accouchement spontané	Fille, 7 ans 1/2. Forte.	»	1 an.	1 an Intelligente	»	»
15.068 IV pare	SIGA 48 c m. 3070 gr	35 ^e semaine	11 heures. Ma- neuvre de Veil- Smelli	Garçon, 7 ans 1/2. Solide, un peu pâle.	Sein.	1 an.	1 an. Apprend bien.	Ictère des nouveau - nés. Coqueluche.	Mort apparente lé- gère. Crie bientôt.
15.676 IV pare	SIDP 48 c.m. 2970 gr.	36 ^e semaine	26 h. 1/2. Ma- neuvre de Veil Smelli.	Fille, 6 ans 1/2. Forte.	Sein.	1 an 1/4.	2 ans. Parle bien.	0	Mort apparente légè- re. Crie bientôt.
16.523 III pare	OIDP 48 c.m. 2900 gr.	37 ^e semaine	58 heures.	Fille, 5 ans 1/2. Bien deve- loppée.	Sein.	Tôt.	Tôt.	»	»
16.562 II pare.	OIGA 49 c.m. 2750 gr.	9 ^e mois.	8 jours. Ver- sion interne.	Garçon, 5 ans 1/4. Délicat.	Sein.	16 mois.	»	Coqueluche à 11 mois. Rou- geole.	Asphyxie; se ranime après expulsion des mucosités.
16.654 VI pare	OIGA 51 c.m. 3350 gr.	38 ^e semaine.	Forceps.	Garçon, 5 ans. Solide.	Sein.	1 an.	1 an 1/4.	»	»
17.162 II pare.	Sommet 49 c.m. 2850 gr.	37 ^e semaine.	7 jours. Ac- couch. spont.	Fille, 4 ans. Solide.	Sein, 3 mois.	1 an 1/2.	2 ans.	»	Non asphyxique
17.668 III pare	OIDP 46 c.m. 2520 gr.	35 ^e semaine.	10 heures. Spontané.	Fille, 3 ans 3/4. Solide. 18 kilos.	Sein.	1 an 1/2.	1 an 1/4.	Coqueluche Diarrhée	»
17.955 IV pare	Epaule 47 c.m. 2800 gr.	35 ^e semaine.	25 heures. Version.	Fille, 3 ans 1/2. Forte.	Sein.	1 an 1/4.	1 an 3/4.	»	Pas d'asphyxie.

N° parité	PRÉSENTATION LONGUEUR POIDS	DATE de la provocation	DURÉE de l'accouchement Intervention	AGE et SEXE de l'enfant	MODE de nourritture	AGE de la marche	PREMIERS mots	MALADIES de l'enfant	OBSERVATIONS Etat à la naissance
18.202 VII pare	SIDP 48 c/m. 2650 gr.	38 ^e semaine	9 heures spontané	Fille. 3 ans 1/4 forte	Sein	1 an	Développé, intellig. normal	"	Née étonnée
19.323 VIII pare	OIGA 49 c/m. 2800 gr.	37 ^e semaine	14 h. 1/2	Fille. 3 ans 1/2 grande délicatesse	Sein, 2 mois	1 an	10 mois	Rachitisme rougeole, infla- mation céré- brale, strabls.	"
18.320 III pare	Sommet 49 c/m. 2850 gr.	35 ^e semaine	14 h. 1/2	Garçon, 3 ans, solide	Sein	1 an	Tôt	Affection pul- monaire	"
18.680 IV pare	OIGA 48 c/m. 2760 gr.	36 ^e semaine	2 jours, version	Garç., 2 a. 3/4, moyen. fort	Sein	Pas encore	Pas encore	Rachitisme	Asphyxie légère. Crie au bout de 10 min.
18.897 IV pare	Sommet 46 c/m. 2550 gr.	36 ^e semaine	56 h., version	Garç., 2 a. 1/2, moyen. fort	Sein	1 an 1/4	Commence	Ictère N. nés rougeole	"
9 XII pare	OIGA 48 c/m. 3140 gr.	38 ^e semaine	9 jours	Fille, 1 an 3/4, solide	Biberon	13 mois	1 an 1/4	Rachitisme gastro-entérite	Asphyxie légère
59 VI pare	Siège 49 c/m. 2850 gr.	38 ^e semaine	Extraction du siège	Garç., 1 an 3/4, assez fort mais pâle	Sein	19 mois	Comprend. Ne dit que quelques mots	Rachitisme	Asphyxie légère
93 V pare	OIDP 48 c/m. 2750 gr.	37 ^e semaine	9 h. Extract. après version	Garç., 1 an 3/4, 12 dents pas très solide	Biberon	1 an 1	"	"	"
101 IV pare	Epaule 49 c/m. 3150 gr.	37 ^e semaine	Version	Garçon	Mixte	1 an	En retard	"	"
209 VIII pare	Sommet 53 c/m. 3790 gr.	38 ^e semaine	13 h. 1/2. Forceps	Garç., 1 an 1/4, solide	Sein	1 an	Commence	"	Légère asphyxie
263 IV pare	Epaule 51 c/m. 3450 gr.	38 ^e semaine	9 h. Version	Garç., 1 an 1/4, 4 dents solide, pâle	Sein	Marche	Commence	"	Asphyx. prof. Ne crie qu'après 20 min. Imm. après présente des phé- nom. paralyt. du bras dr. et de la jambe gau- che qui persistent enc., mais atten., à 1 an 1/2.
11.836 V pare	Sommet 48 c/m. 3200 gr.	38 ^e semaine	12 h. Version	Fille morte à 9 ans était forte	"	1 an	1 an 1/2 apprenait bien	"	Asphyxie légère
VII pare	Siège 46 c/m. 2850 gr.	38 ^e semaine	Spontané	Garçon, 3 ans	"	2 ans	2 ans 1/2	Rachitisme Coqueluche	Asphyxie légère

En 1904, Lorey (37), suivant la même méthode que Becker distingue, lui aussi, les prématurés par dystocie pelvienne et les prématurés par maladie maternelle. Il fait une enquête par lettres directement adressées aux mères ou indirectement par l'intermédiaire de l'administration, et voici les résultats qu'il obtient :

Pour les enfants issus d'accouchements prématurés provoqués par suite de dystocie, sur 60 enfants, il a 56 réponses concernant des enfants du poids moyen (?) de 2537 grammes. Sur ces 56, 40 enfants (soit 71,5 %) sont sortis vivants et ont survécu à la première année. En retranchant 5 enfants naturels qui sont morts (non élevés par la mère), on trouve que sur 51 enfants sortis vivants, dont on peut avoir des nouvelles, 11 sont morts dans la première année (21,5 %). Cette mortalité serait moins élevée que la mortalité moyenne de la première année pour la ville de Halle. Au point de vue de l'âge de la marche : 2 enfants marchent avant un an, 7 à un an, 6 à 15 mois, 7 à 18 mois. Soit 13 mois comme âge moyen de la marche (c'est-à-dire, un peu en retard). Il se trouve que les enfants qui n'ont marché qu'à 18 mois sont les plus petits (1850 gr. — 2290 gr. — 2320 gr. — 2400 gr. — poids moyen 2398 gr.) Presque tous ces enfants ont été touchés par la maladie (rougeole, bronchite, entérite, scrofule, rachitisme...) mais ont bien résisté. Un seul, au dire de sa mère, ne semble pas devoir « réussir ». Dans les an-

(37) Lorey, *Conséquences de l'acc. prématuré artificiel avec considération particulière de la destinée lointaine des enfants* (Halle, Clinique Bumm Thèse de Halle, 1904, reproduite in *Ach. f. Gyn.*, t. LXXI, cahier 2.

nées qui suivent la première, il n'y a eu que 2 enfants qui ont succombé. Beaucoup de mères mentionnent que les enfants, très chétifs au début, ne se sont développés et n'ont pris le dessus qu'à partir d'un an $\frac{1}{2}$. Deux enfants seulement sont signalés comme étant intellectuellement en retard pour leur âge.

Pour les enfants issus d'accouchements prématurés, provoqués pour maladie maternelle, sur 24 enfants vivants et nés dans ces conditions (éclampsie, néphrite, maladie de cœur, placenta prævia, accidents dyspnéiques, etc..) 14 sont morts dans la première année, 6 ont survécu au moins un an, 4 sur lesquels on n'a pas de renseignements. De sorte que de tous les enfants nés vivants, on n'en retrouverait, au bout d'un an, que 15,8 % en vie. Il est à remarquer que tous ces enfants avaient un poids de naissance très faible, inférieur aux moyennes habituelles pour l'âge correspondant de la grossesse. *Aucun des enfants pesant moins de 2000 grammes à la naissance n'a survécu au-delà de la première année. De même aucun des enfants qui sont nés avant la 35^e semaine de la grossesse n'a survécu au-delà d'un an.* Naturellement la destinée des enfants élevés au sein est meilleure que celle des autres. De plus, alors que sur 8 enfants de primipares sortis vivants, 5 ont survécu plus d'un an ; sur 11 enfants de multipares, 1 seul a survécu au-delà de la première année, ce qui tient sans doute, pense l'auteur, à ce qu'étant moins désirés, les enfants des multipares sont entourés de moins de soins et de sollicitude que les enfants des primipares.

Lorey observe, en outre, que les enfants des femmes atteintes d'affections cardiaques, par exemple né-

phrite grave, cancer, placenta prævia... ont atteint moins facilement la fin de la première année que les enfants des éclamptiques. Les éclamptiques, en effet, se remettent plus vite, sont en général primipares et sont aussi plus aptes à mieux s'occuper de leurs enfants. Enfin les enfants prématurés par maladie maternelle ont en général marché tard, plus tard que les enfants normaux, plus tard aussi que ceux nés d'une provocation pour viciation pelvienne, ce qui ne les a pas empêchés, par la suite, de devenir des enfants vigoureux et bien développés.

En 1905, Ostr'cil (de Prague) (38) reprend la question et cherche à établir avec les prématurés de la clinique du professeur Rubeska quelle est *l'aptitude à la vie* de ces enfants, comparée à celle des enfants nés à terme. Il publie dans un premier tableau la survie des prématurés issus de l'accouchement provoqué pour ce qui concerne la première année d'âge d'après les statistiques publiées, tableau que nous reproduisons :

(38) Ostr'cil. Ueber die Vitalität früh geborener kinder. in Monatsch f. Geb. und Gynäk, 1905, juillet t. XXII.

AUTEURS et publications	NOMBRE de cas	SORTIS vivants	AYANT SURVÉCU un an	PROPORTION de survivants d'un an sur le total
Wiener-Ach f. Gyn. J. 1878 T 13	16	6 (37,5 %)	2 sur 4 (soit 50 %)	12,5 %
Tanbert-Th. Berlin 1891	18	14 (78 %)	8 sur 13 (61,64 %)	44,44 %
Abraham-Th. Berlin 1894	21	16 (76 %)	12 sur 16 (75,75 %)	57,14 %
Sarvey-Berlin 1896	60	43 (71,7 %)	28 sur 36 (77,8 %)	46,6 %
Walter (d'après Hahl, Arch. f. Gyn 1903 T 70).	67	50 (75 %)	33 sur 40 (82,5 %)	49,25 %
Heymann, Arch. f. Gyn 1899 T 59	28	18 (64,3 %)	16 sur 18 (88,89 %)	55,55 %
Becker, th. de Kiel 1899	.....	14	12 sur 14 (85,7 %)	
Beyermann, d'après Lorey	.....	185	115 sur 185 (62,1 %)	
Rashkow, th. de Kiel 1901	66	44 (67 %)	33 sur 37 (89,2 %)	50 %
Ahlfeld Zent. f. Gyn 1901 n° 21	.....	.....	50 sur 65 (90,9 %)	
Pape-Hezan Beitag 1902 T II	51	35 (69,6 %)	28 sur 30 (93,4 %)	54,9 %
Hahl Arch. f. Gyn 1904 T 71	84	50 (59,52 %)	42 sur 48 (87,5 %)	50 %
Lorey Arch. f. Gyn 1904 T 71	100	60 (60 %)	40 sur 56 (71,5 %)	40 %
Hunzicker Hegars Beit 1904	116	79 (68,1 %)	66 sur 79 (83,5 %)	56 %
Ostr'cil (inédit)	88	62 (72 %)	30 sur 57 (52,6 %)	36,3 %

Au total, sur 715 accouchements prématurés, 467 enfants (65,31 %) sont sortis vivants, sur lesquels 76,9 % ont survécu au moins un an, ce qui fait que sur l'ensemble initial 46,12 % des enfants ont survécu un an au moins.

Mais on n'a pas de renseignements sur le poids

initial de ces prématurés ; aussi Ostr'Cil a-t-il voulu faire une enquête personnelle avec les documents de la clinique Rubeska, de Prague, et rechercher la destinée des prématurés nés dans cette clinique de 1892 à 1902 :

Sur 11.701 accouchements, il y a eu 1.542 prématurés, pesant de 1.400 gr. à 2.800 gr. et mesurant 38 à 47 c/m. Sur ces 1.542 accouchements, 814 enfants (52,7 %) ont survécu moins d'un an. En les décomposant d'après leur poids initial, il remarque que, si l'on ne tient compte que de la survie des enfants de 2.000 à 2.800 gr., on constate qu'elle est en bloc de 56 % pour la première année. Comparativement à la survie d'enfants de poids normal élevés dans les mêmes conditions, elle serait, d'après Ostr'Cil, de 60,5 % environ, donc supérieure à celle des prématurés de 2.000 à 2.800 grammes.

Ce même auteur a ensuite cherché à établir la destinée des enfants qui avaient survécu plus d'un an, et il a trouvé que :

Pour les enfants de :

38 c/m il en est surv.	1 qui est mort la 2 ^e an. = 0 %
40 — 3 dont il survit	2 soit 66,6 %
41 — 6 — 5 —	83,3 —
42 — 11 — 9 —	81,8 —
43 — 20 — 20 —	100 —
44 — 56 — 50 —	89,2 —
45 — 117 — 101 —	86,2 —
46 — 236 — 205 —	86,8 —
47 — 364 — 313 —	85,9 —
814	705

Au total, parmi les 814 enfants qui ont atteint la première année révolue, il en survit 705, soit 86,6 % âgés de 1 an à 11 ans révolus.

Sur ces 705 survivants, il y a :

87 âgés de plus de 11 ans

67 — 10 —

62 — 9 —

53 — 8 —

69 — 7 —

42 — 6 —

52 — 5 —

79 — 4 —

66 — 3 —

62 — 2 —

66 — 1 —

Si l'on cherchait quelle est la survie au-delà de un an des enfants non prématurés, elle serait, d'après Ostr'Cil, jusqu'à 6 ans, de 97,6 % en regard d'une survie de 86,6 % pour les enfants prématurés.

En conclusion, Ostr'Cil dit que la résistance des prématurés est inférieure, mais seulement de peu, à celle des enfants nés à terme en ce qui concerne leur survie dans les premières années.

Egalement en 1905, Gallimard (39), dans sa thèse, cite 9 femmes dont il a pu retrouver, à une date assez éloignée, la trace d'accouchements prématurés provoqués pour rétrécissement du bassin. Sur ces 9 enfants, il en est 4 dont l'accouchement fut provoqué à... 9 mois (?), pesant 3.220 à 3.850 !! dont il ne peut guère être tenu compte. Il en reste 5 dont voici l'histoire résumée :

(39) Gallimard, Th. de Paris, 1905.

AGE de l'enfant	DATE de la provocat.	ACCOU- CHEMENT	POIDS	ALIMEN- TATION	ÉTAT ACTUEL						OBSERVATIONS
					Etat général	Poids	Taille	Périmètre thoracique	Tares	Intellig.	
3 ans	8 mois 1/2	Spontané	2850	Sein, 7 m. verte	B	14 k	90 cent.	53	0	Nor- male	»
3 ans	8 mois	Spontané	2990	Sein	B	14 k	86 cent.	53	0	Déve- loppée	»
2 ans	8 mois 1/2	Version	3000	Sein	B	15 k	75 cent.	48	0	Nor- male	»
2 ans	8 mois 1/2	Spontané	2420	Sein, 1 an	B	12 k	77 cent.	48	0	Nor- male	»
2 ans	8 mois 1/2	Version	2900	Sein, 17 m.	B	13 k	80 cent.	53	0	Nor- male	■

Puis le même auteur donne une statistique de Perret :

AGE	PARITÉ	TERME de la grossesse	ACCOU- CHEMENT	POIDS	ALIMEN- TATION	ÉTAT ACTUEL					Troubl. nerveux convulsions strabisme
						Etat général	Poids	Taille	Périmètre thoracique	Intelli- gence	
5 ans	I p	8 mois 1/2	Forceps	3300 gr. !	Sein	B	23 k	118 cent.	64	Nor- male	0
5 ans	I p	8 mois 1/2	Forceps	3200 gr. !	Sein	B	20 k	115 cent.	63	T. dé- velop.	0
5 ans	II p	8 mois 3/4	Version	3300 gr. !	Mixte	B	20 k	110 cent.	59	Nor- male	0
2 ans	III p	8 mois 1/4	Version	3260 gr. !	Sein	B	12,5	85 c. 1/2	52	Nor- male	0
2 ans	IV p	8 mois 3/4	Version	4550 gr. !	Sein	B	12 k 980	81 cent.	51	Nor- male	0

Puis accessoirement rapporte les histoires résumées d'autres enfants provenant de femmes auprès desquelles il s'était renseigné :

1). Histoire d'une femme qui a accouché 9 fois artificiellement entre 8 mois et 8 m. $1/2$. Sur les 9 enfants, 5 ont succombé à des affections diverses et à un âge assez avancé. L'aîné des enfants ayant survécu a actuellement 21 ans et présente du strabisme.

2). Histoire d'un enfant, accouchement provoqué, pesant 2.750 grammes, nourri au sein jusqu'à 23 mois, qui a actuellement 9 ans. Mesure 1 m. 20 ; périmètre thoracique 62 c/m. Poids 25 kilogs. Aucun trouble nerveux.

3). Histoire d'un enfant né artificiellement à 8 mois, pesant 2.990 grammes. Sein jusqu'à 22 mois. Pas de troubles nerveux. Mort à 3 ans $1/2$, scarlatine.

4). Histoire d'un enfant âgé actuellement de 6 ans, venu artificiellement à 8 mois $1/2$. Bien portant, bien constitué. Intelligence normale.

Léopold et Conrad (40), en 1907, d'après les dires de Cordier (de Bruxelles), ont pu obtenir des renseignements concernant 45 enfants sur 58 qui avaient quitté vivants le service. Sur ces 45, 34 survivent au-delà d'un an.

En 1907 également, Maygrier (41) fait une communication à l'Académie de Médecine au sujet des prématurés ; il apporte 146 nouveaux cas qu'il a pu suivre de un mois à 2 ans et qu'il divise en 3 catégories : ceux qui pèsent moins de 1.500 grammes ; ceux de 1.500 à 2.000 grammes ; ceux de 2.000 à 2.500 grammes. Il en

(40) Leopold et Conrad : zur Berechtigungsfrage der künstlichen Frühgebürt, 1907, p. 648.

(41) Maygrier, *Elevage et survie des prématurés nés à la Maternité de la charité* (1898-1907), communication faite à l'Acad. de médecine, 11 juin 1907. In obstétrique, juillet 1907.

compte 3 de la première catégorie ; 26 de la seconde et 117 de la troisième. Or, de ces 146 enfants, 5 sont morts dans les trois premiers mois.

Nous publions un extrait du tableau dressé par cet auteur, concernant les enfants ayant dépassé un an révolu :

SEXE et POIDS de naissance	POIDS de sortie	AGE et POIDS actuels	ALLAITE- MENT	OBSERVATIONS
M... 2.250 gr.	2.550 gr. (13 ^e j.)	2 ans. 9.850 gr.	Mixte	2 ^e jumeau, re- vu à 5 ans. Etat bon.
F.....	1.650 gr. (22 ^e j.)	2 a. 1 2, 8.920 g.	Sein et mixte	Vivante, actuel- lem. 6 ans.
M... 2.470 gr.	3.200 gr. (25 ^e j.)	2 a. 1 2, 9.750 g.	Sein	
F.....	2.200 gr. (22 ^e j.)	2 ans, 7.550 gr.	Sein, 13 mois	
F... 2.460 gr.	3.410 gr. (37 ^e j.)	2 a. 1 2, 9.050 g.	Mixte	Jumelle.
F... 2.400 gr.	.....	15 m , 9.070 gr.	Mixte	
F... 2.190 gr.	2.570 gr. (19 ^e j.)	27 mois 1 2 12.200 gr.	Artificiel	
F.....	2.216 gr. (19 ^e j.)	3 ans 11.980 gr.	Sein	
F... 2.380 gr.	2.640 gr. (13 ^e j.)	2 ans 1/2 10.720 gr.	Sein	
F... 2.380 gr.	2.280 gr. (15 ^e j.)	17 mois 8.470 gr.	Sein	
F... 2.400 gr.	2.700 gr. (14 ^e j.)	17 mois 10.500 gr.	Sein	

Il est à remarquer que si l'on compare les poids ci-

dessus aux moyennes habituelles (1) ils sont généralement inférieurs.

TABLEAU DES MOYENNES DE LA TAILLE ET DU POIDS (1)					
PAR LE DOCTEUR QUIDET					
d'après les tables des Docteurs BOUCHAUD, COMBY, SUTILS et QUÉTELET					
SEXE MASCULIN			SEXE FÉMININ		
AGE	TAILLE	POIDS	AGE	TAILLE	POIDS
Naissance	0 m. 50	3 k. 100	Naissance	0 m. 49	2 k. 950
3 Mois	0 m. 58 5	5 k. 110	3 Mois	0 m. 58	5 k. —
6 Mois	0 m. 64	6 k. 750	6 Mois	0 m. 63 5	6 k. 675
1 An	0 m. 69	9 k. 150	1 An	0 m. 68 5	9 k. 100
18 Mois	0 m. 75	10 k. 500	18 Mois	0 m. 74	10 k. 350
2 Ans	0 m. 79	11 k. 350	2 Ans	0 m. 78	10 k. 800
3 »	0 m. 86 5	12 k. 500	3 »	0 m. 85	11 k. 900
4 »	0 m. 92 5	14 k. 500	4 »	9 m. 91	13 k. 200
5 »	0 m. 98 5	16 k. —	5 »	0 m. 97 5	14 k. 500
6 »	1 m. 04 5	17 k. 650	6 »	1 m. 08	16 k. 300
7 »	1 m. 10 5	19 k. 650	7 »	1 m. 13	17 k. 900
8 »	1 m. 16 5	21 k. 500	8 »	1 m. 18	19 k. 450
9 »	1 m. 22	23 k. 350	9 »	1 m. 19 5	21 k. 750
10 »	1 m. 28	25 k. 300	10 »	1 m. 26 5	23 k. 850
11 »	1 m. 33	27 k. 450	11 »	1 m. 29	25 k. 900
12 »	1 m. 38	30 k. 400	12 »	1 m. 34	30 k. 150
13 »	1 m. 44	35 k. 800	13 »	1 m. 40	33 k. 750
14 »	1 m. 49	39 k. 600	14 »	1 m. 45	37 k. 400
15 »	1 m. 54 5	45 k. —	15 »	1 m. 49 5	40 k. 800
16 »	1 m. 59 5	50 k. 150	16 »	1 m. 53 5	43 k. 950
17 »	1 m. 63 5	55 k. —	17 »	1 m. 55 5	47 k. 850
18 »	1 m. 64 5	57 k. 700	18 »	1 m. 56	49 k. 900
19 »	1 m. 65 5	60 k. 300	19 »	1 m. 56 5	52 k. —
20 »	1 m. 67	62 k. 500	20 »	1 m. 57	53 k. 300
25 »	1 m. 68	64 k. 800	25 »	1 m. 57 5	55 k. —
30 »	1 m. 68 5	67 k. 500	30 »	1 m. 58	57 k. —
40 »	1 m. 68	68 k. —	40 »	1 m. 57 5	58 k. —
50 »	1 m. 67 5	68 k. —	50 »	1 m. 54	58 k. —
60 »	1 m. 64	67 k. 500	60 »	1 m. 52	58 k. 500
70 »	1 m. 63	64 k. —	70 »	1 m. 51 5	54 k. —

Enfin, en 1910, Cordier (42) (de Bruxelles) présente à la Société Médico-Chirurgicale de Brabant plusieurs enfants nés prématurément et âgés de plusieurs années et qui sont tous des exemples favorables.

C. — MONOGRAPHIES D'ENSEMBLE

A côté de ces enquêtes documentaires, plusieurs tra-

(42) Cordier (de Bruxelles), communication à la Société médico-chirurg.

vaux synthétiques ont été publiés, ces dernières années, visant le prématuré et son avenir. Ce sont les thèses : de Hahn (43), parue en 1901, de Gallimard (44), en 1905, et de Guibert (45), en 1910.

Hahn, qui s'occupe des prématurés, de leurs caractères, de leur pronostic et de leur traitement, bien que peu favorable au prématuré en général, déclare cependant : « Qu'on voit des prématurés de 8 mois et 8 mois et demi nés de parents sainement constitués de corps et d'esprit, ne jamais présenter dans le cours de leur existence de traces de leur prématuration », et il fait une différence, au point de vue pronostic, entre le prématuré pour cause morbide (parents infectés, intoxiqués, tarés d'une façon quelconque) et le prématuré issu de parents indemnes. Enfin il met en relief la disposition plus grande qu'auraient les prématurés pour certaines affections : hernies, incontinence nocturne d'urine, affections du système nerveux, etc... Malheureusement les documents qu'il apporte à l'appui de ses dires sont peu nombreux et ses déductions peuvent être un peu trop théoriques.

Gallimard, dans son étude « *de l'Avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué* », se fait au contraire le défenseur de l'accouchement prématuré qui, dit-il (Chapitre III), ne fait courir aucun risque à la mère et donne des débiles dans une proportion égale à celle de l'accouchement normal. Puis il cite quelques cas de prématurés ayant réussi dans la vie, donne les statistiques que nous

(43) Hahn, thèse de Paris, 1901.

(44) Gallimard, thèse de Paris, 1905.

(45) Guibert, thèse de Lyon, 1910.

avons rapportées plus haut et qui, comme nous l'avons vu, ne sont rien moins que probantes.

Enfin, en 1910, paraît le travail de Guibert, élève du professeur Fabre, de Lyon, sur « *La Valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement provoqué dans les bassins rétrécis* », dans lequel l'auteur a pu grouper 44 observations relatives à des enfants nés à la clinique du professeur Fabre et retrouvés à des âges variant de 2 à 13 ans. Sur ces 44 cas, Guibert ne relève que 4 décès (mortalité fœtale éloignée 9,09 %), un prématuré dont le développement intellectuel laisse assez à désirer, un autre dont la constitution physique est plutôt médiocre. Sur les 4 décès, l'auteur n'en retient qu'un comme étant survenu par suite des mauvaises conditions de la naissance et il arrive ainsi à une mortalité éloignée de 2,47 %.

D. — DOCUMENTS CLINIQUES VISANT ACCESSOIREMENT L'AVENIR DU PRÉMATURÉ

En dehors des travaux, spéciaux à la question, que nous venons d'analyser, d'autres auteurs étudiant diverses affections, tant chez l'adulte que chez l'enfant, ont été indirectement amenés à envisager la prématuration comme cause étiologique et pathogénique de l'état morbide qui les occupait. Les travaux de ce genre abondent, surtout depuis 1861, époque où parurent les premières recherches de Little (46) ; nous nous contenterons de signaler parmi les principaux : le mémoire de Van Gehuchten (47), sur « *la Maladie de Little*

(46) Little, trans of the obstetrical, Society of London. vol. III, 1861-1862.

(47) Van Gehuchten. *Revue neurol.*, 1897, page 65.

et la rigidité spasmodique spinale des enfants nés avant terme » ; l'article de Brissaud dans le Traité de Charcot et Bouchard (48) ; la thèse de Tissier (49), sur « l'*Influence de l'accouchement normal sur le développement des troubles cérébraux* » ; la thèse de Canel (50), sur « le *Syndrome de Little* » ; le rapport de Haushalter et Collin (51), au Congrès de Lisbonne, en 1906, sur « les affections spastiques de l'enfance » ; enfin, la thèse récente de M. Long-Landry (52) qui, étudiant l'anatomie et la pathogénie de la Maladie de Little, arrive aux conclusions suivantes : « La constance des lésions destructives, relevées dans les examens anatomiques, remet au rang d'une hypothèse sans vérification, la conception (Van Gehuchten-Brissaud) d'une agénésie du faisceau pyramidal, secondaire à une naissance prématurée. Il serait injuste, toutefois, de dénier un rôle étiologique possible à la naissance prématurée ; il faut seulement préciser le mécanisme de son action. Elle agit de même qu'un accouchement difficile par l'intermédiaire d'un traumatisme ; la boîte crânienne encore cartilagineuse, protège mal les vaisseaux, et l'hémorragie méningée est fréquente... » La prématuration ne serait donc plus la cause unique de l'affection, mais une cause occasionnelle secondaire et indirecte, favorisant une lésion anatomique cérébrale. Il devient dès lors intéressant de voir si l'accouchement

(48) Brissaud, *Mal. de Little*. in Traité Charcot-Bouchard, édit. 1904, t. X.

(49) Tissier. thèse de Paris, 1899.

(50) Canel, Thèse de Nancy. 1905.

(51) Haushalter et Collin, rapport au XV^e congrès international de médecine, Lisbonne, 1906.

(52) Long-Landry. *La maladie de Little*, étude anatomique et pathogénique, Th. Paris. 1911.

est plus préjudiciable à l'intégrité du système nerveux d'un prématuré qu'à celui d'un enfant né à terme. Nous allons donc étudier les résultats qu'ont donné les travaux anatomiques faits dans ce sens.

II. — DOCUMENTS ANATOMIQUES

A vrai dire, les documents de ce genre sont peu nombreux. Ceux que nous avons pu réunir nous sont fournis, d'une part, par « *les recherches d'anatomie pathologique chez le nouveau-né* », publiées, en 1898, par le Dr V. Wallich (53) ; d'autre part, par les travaux du Dr Couvelaire (54) sur « *les hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés dans leurs rapports avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux terminé ou non par forceps* ».

Le premier de ces auteurs a fait 143 autopsies d'enfants qui lui ont permis d'établir les tableaux suivants :

Lésions contemporaines à l'accouchement

POIDS DES ENFANTS	HÉMORRHAGIES				Congestions viscérales	TOTAL
	INTRA-CRANIENNES			Abdominale Foie		
	Méningée	Méningée et Cérébrale	Cérébrale			
Au-dessus de 3.000 gr.	4	2	»	2	8	16
De 3.000 à 2.500 gr. . . .	8	2	2	»	9	21
De 2.500 à 2.000 gr. . . .	6	2	»	»	8	16
De 2.000 à 1.500 gr. . . .	7	3	3	1	4	18
De 1.500 et au-dessous.	5	4	2	»	10	21
Poids inconnus	2	3	»	»	1	6

(53) Dr V. Wallich. In *Annales de Gynéc.*, mars 1898.

(54) Dr Couvelaire, In *Annales de Gyn.*, avril 1903 et janvier 1907.

Lésions préexistant à l'accouchement

POIDS DES ENFANTS	Lésions pulmonaires	Hypertrophie Foie, Rate, Rein	Ascite	Attaque	Rein polykystique	TOTAL
Au-dessus de 3.000 gr. .	»	1	1	»	»	2
De 3.000 à 2.500 gr. . . .	2	2	2	1	»	6
De 2.500 à 2.000 gr.	1	1	1	»	»	4
De 2.000 à 1.500 gr.	»	»	»	»	»	»
De 1.500 et au-dessous. .	1	2	1	»	1	5
Inconnus	»	»	»	»	»	»

Lésions développées après l'accouchement

POIDS DES ENFANTS	LÉSIONS pulmonaires	LÉSIONS intestinales	INFECTION purulente	TOTAL
Au-dessus de 3.000 gr. .	4	2	1	7
De 3.000 à 2.500 gr.	5	»	1	6
De 2.500 à 2.000 gr.	6	»	2	8
De 2.000 à 1.500 gr.	»	1	»	1
De 1.500 gr. et au-dessous	2	»	»	2
Inconnus	3	»	1	4

D'où il résulte en particulier que sur 98 cas d'hémorragie ou de congestions viscérales, il s'agissait 76 fois de fœtus au-dessous de 3.000 grammes, 16 fois de fœtus au-dessus de 3.000 grammes, 6 fois de fœtus dont le poids est inconnu. « Les fœtus bien développés, fait remarquer l'auteur, pesant 3.000 grammes et au-

dessus, ne figurent qu'au nombre de 6 dans les 55 hémorragies intra-crâniennes (soustraction faite des 5 poids inconnus). On en voit déjà le double, c'est-à-dire 12 parmi les fœtus de 2.500 à 3.000 grammes. Le reste des hémorragies intra-crâniennes, c'est-à-dire 32 cas, *proviennent des fœtus manifestement nés d'une façon prématurée*, leur poids étant au-dessous de 2.500 grammes.

Exception faite pour les hémorragies du foie qui ont été observées deux fois sur trois, sur des fœtus de 3.000 grammes ou au-dessus, on peut noter ce caractère commun à toutes ces lésions, qu'elles ont porté d'une façon très marquée sur des fœtus présentant un poids au-dessous de la normale. »

M. Couvelaire, procédant à des recherches de même ordre, publie, en 1903, puis en 1907, les résultats qu'il obtient après l'examen systématique d'une série de cerveaux et de moelles provenant d'enfants prématurés et à terme, nés spontanément ou artificiellement, et constate que « à l'autopsie des prématurés débiles, morts plusieurs jours ou plusieurs semaines après une naissance spontanée et facile, on trouve des lésions hémorragiques intra-cérébrales dans la proportion de 18 % des cas, proportion qui, pour les prématurés de moins de 2.000 grammes, s'élève à près de 20 %. Ces lésions siègent soit au niveau des circonvolutions, soit, le plus souvent, dans le territoire de la veine striée, sur le flanc externe des ventricules latéraux » (55).

« Le cerveau des prématurés est plus souvent le siège d'hémorragies que leur moelle. »

(55) Couvelaire, titres et travaux scientifiques, p. 32, Paris, Steinheil, 1907.

« La moelle des enfants nés à terme ou près du terme est plus souvent le siège d'hémorrhagies que leur cerveau. »

Tels sont les matériaux que nous avons pu glaner dans la littérature et qui représentent à peu près les seuls documents que l'on puisse retrouver avant les recherches auxquelles nous avons pris part et dont nous allons nous occuper maintenant.

CHAPITRE II

Nouvelles enquêtes

Lorsqu'en décembre 1910 le Docteur Wallich nous chargea d'enquêter dans les milieux hospitaliers de Paris et de la banlieue parisienne, il poursuivait déjà, avec le D^r Fruhinsholz, des recherches du même ordre dans la clientèle de ville.

C'est donc par l'exposé des documents recueillis par les deux rapporteurs de la Société Obstétricale de France, documents que ces auteurs ont très obligeamment mis à notre disposition, que nous allons commencer, tandis que dans un autre paragraphe nous donnerons les documents et les observations que nous avons pu recueillir personnellement.

§ I. — ENQUÊTE DANS LA PRATIQUE DE VILLE

La manière la plus rationnelle d'étudier l'avenir éloigné du prématuré consiste à prendre le sujet dès la naissance, à le suivre pas à pas dans la vie, en notant aussi exactement que possible toutes les circonstances

et tous les incidents qui surviennent et qui peuvent se rattacher au fait de la prématuration de ce sujet.

Cette méthode, dite méthode directe « centrifuge », comme l'appellent MM. Wallich et Fruhensholz, est sans doute la plus rigoureuse, la moins sujette à erreur ; mais elle est aussi la plus difficile, et demande, pour être appliquée avec succès, certaines conditions qui ne sont pas toujours réalisables surtout dans les milieux hospitaliers. Mais employée dans la clientèle privée, en particulier dans la clientèle de ville, les D^{rs} Wallich et Fruhinsholz ont pu cependant en obtenir une documentation très intéressante.

En même temps que ces auteurs recueillaient les observations de leur clientèle, ils faisaient appel, par lettres et par référendum (56) à la bonne volonté de tous leurs confrères qui voudraient bien leur faire part des documents en leur possession concernant l'avenir du prématuré.

Pour faciliter la tâche, était joint au référendum le questionnaire suivant :

A. *Etat actuel du prématuré devenu enfant ou adulte ;*

Age. Profession. Poids. Taille ;

Tares physiques ou intellectuelles ;

Etat comparé par rapport à celui de ses frères et sœurs.

B. *Antécédents héréditaires ;*

Etat des parents ;

Etat des frères et sœurs ;

(56) In *Annales de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1911.

C. Antécédents personnels :

I. Obstétricaux.	{	Ordre de « parité »	
		Degré et cause de la prématuration	
II. Physiologiques.	{	Circonstance de l'accouchement : présentation,	
		terminaison spontanée ou artificielle, mort apparente ?	
	{	Poids de naissance.	
		Mode d'élevage Allaitement. Couveuse.	
	{	Progression du poids au début.	
		Date de la récupération du p. initial.	
	{	Age	des 1 ^{res} règles.
			de la marche.
III. Pathologiques.	{	de la première dent.	
		Maladies du nourrisson :	
	{	A-t-il eu une hernie ?	
		Maladies de l'enfant.	
	{	A-t-il eu de l'incontinence d'urine ?	
		Maladies de l'adulte.	

Questionnaire destiné à préciser l'information sur certains détails très importants, étant donné le point de vue spécial auquel se placent les auteurs : Rechercher l'*aptitude à la vie* d'abord, à la *lutte pour la vie* ensuite, du prématuré « pur », c'est-à-dire de l'enfant simplement « inachevé, mais sain, du fruit vert détaché de la branche par un coup de vent. »

Les observations ainsi obtenues, celles aussi qu'ils ont pu recueillir dans les études et documents cliniques publiés antérieurement et qui offraient un développement suffisant et une authenticité assez grande, ont permis, à MM. Wallich et Fruhinsholz, de diviser les prématurés et de les sérier, suivant leur poids, en quatre tableaux que nous reproduisons et qui contiennent l'observation in extenso de chaque cas envisagé :

1^{er} Tableau: prématurés de 1500 gr. et au-dessous.

2^e Tableau » de 1500 gr. à 2000 gr. inclus.

3^e Tableau » de 2000 gr. à 2500 gr. inclus.

4^e Tableau » de 2500 gr. à 3000 gr. inclus.

(1) Nous notons d'après les signes <=> (plus petit, égal, plus grand) placés en regard du poids actuel de l'enfant si ce poids est inférieur, égal ou supérieur aux moyennes généralement admises pour son âge (tables du D^r Quidet, d'après les tables de Bouchaud, Comby, et Quételet).

Les noms des auteurs en caractères gras indiquent les observations inédites.

Prématurés pesant au maximum 1.500 grammes

INDICATION d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX					ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES					ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES		ÉTAT ACTUEL						Etat comparé par rapport celui des frères et sœurs
		Présentation, longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre de parité	Circonstances de l'accouchement	Mode d'élevage Couveuse Allaitement	Progression de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession	Poids et Taille (1)	DOMINANTE			
								de la marche	de la 1 ^{re} dent	des 1 ^{res} règles							Physique	Intellectuelle		
1 D'Outrepont, 1805, d'après Ahlfeld, Arch. f. Gyn. 1875, t. VIII.		13 pouc. 1.2 750 gr. le lend. de sa naissan.	Insertion vicieuse du placenta		Version in- terne, pas de mort apparente	Elevé dans du colon allaitem. artificiel	Lente	3 a 12	3 ans					11 ans			Est resté petit, a l'air d'un pet. vieux paraît de 7 à 8 ans.			
2 Villemin, Revue mal. de l'Enf., janv. 1895, citée par Budin (Soc. obst. de France 1901).		955 gr. 3 ^e j. ap. sa nais., considéré comme non viable	6 mois rupture du sinus cir- culaire		Spontané acc. de cya- nose dans les 15 pre- miers j.	Gavage sein couveuse 2 mois						A résisté à 10 mois à une broncho- pneumonie	2 a. 12		9 k 125 80 cm <	Reste très pâle, a toutes ses dents, marche.	Parle quelques mots de français, comprend l'alle- mand.	Serait d'après Budin aussi telligente q ses aînés.		
3 Bar, Leçons de path. obst. 1 ^{re} fascicule, 1900, page 146		1.200 gr. au 2 ^e jour	6 mois			Gav., sein, couv. 2m 12 l. stérilisé	1.150 g. 8 ^e j. 3.580 gr. à 3 mois	19 mois	8 m. 12					4 ans 3 mois		16 k. 15 1 m. 01 >	Belle petite fille	Intelligente, ne présente aucune tare.		
4 Pinard, In these Hahn Paris 1900-1901. Obser- vation I.	Parents sains	1.450 gr.	7 mois albumine	III pare, 2 accou. pré- mat. anté- rieurs.	Spontané	Sein mater- nel exclusif jusqu'à 2 a. 1 ^{er}	Lente, 90 gr. dans les 15 pre- miers jours	3 ans	10 mois 18 dents à 31 mois			Conjonctivite rép. entér., coquel. 3 a., ne prend son essor qu'ensuite.	5 ans		14 k <	Est rest. faib. jusq. 3 a. (1. sté.). Dep. sa coq. s'est dev. et est dev. à peu près l'égale des enf. de son âge. Lympha- tique.	Reste mélancoli- que jusqu'à 3 ans. Depuis s'est éveil- lée et égayée.			
5 Potel, In these Hahn, Paris, 1900-1901. Obser- vation II.	Grands- parents et parents sains	1.289 gr. 0 ^{re} 35	6 mois 12			Gavage sein, couv. 2 m. 12	P. initial récupéré le 22 ^e j., pro- gres. lente et irréguli- ère	2 ans	11 mois 13 dents à 25 mois			Muguet dans les 1 ^{re} mois Otite. Fié- vre de crois. (?) vers 3 a. Aur eu apr. la 1 ^{re} an. une légère atroph. des memb. infér. surt. à droite.	6 ans			Enfant de taille normale, bien con- formé, l'atrophie des membres infér. a presq. disparue.	Gai, vif, très intel- ligent			
6 Maygrier, l'Obstétri- que, nov. 1901.		1 790 gr.											6 ans			Bien développé et bien portant.				
7 id		1.110 gr.											1 an 2 a 12		6 k. 130 < 8 k. 920 >		Très vive et intel- ligente			
8 Maygrier et Schwab, Soc. d'obst. Paris, juin 1907.		970 gr. tombe à 810	6 mois 3 semaines albumine	III pare	Spontané, mort appa- rente	Gavage sein, couv. 3 mois	1.040 gr. à 1 m., courbe régulière		11 mois				18 mois		Acad. de Méd. 1907	Très vivace	Intelligente			
9 Boissard, Soc. d'obst. Paris, juin 1907.		1.200 gr. tombe à 810	6 mois Insertion vicieuse			Berceau incubateur						Résiste à une bron- cho-pneu. qq. j. apr. sa naissance.	10 ans			Beau garçon, bien développé sous tous les rapports				
10 Cordier, Presse mé- dicale belge, 16 octobre 1910. n° 42, obs. II.		1 400 gr.	6 mois 1/2 gémellité			Sein crise de cyanose ictère	1.130 gr. à 13 jours 2.250 à 2 m. 2.900 à 3 m.	27 mois	1 an			S'est b. rem. d'une coq. avec broncho- pneu. Hydro-céph. cervicale (?)				Bien portante	Intelligente			
1 id. Observation V		1.210 gr.	6 mois 1/2 gémellité			Nourrice						Troubles digestifs, anémie, rachitis, spléno-mégalie	13 mois		5.860 gr. 63 cm.					
2 A. HERRGOTT, auto- observation communi- quée inédite.	Parents sains	< 1.500 g. sommet	7 m., acc. prém. suit. de voyage.	II pare	Spontané	Sein, pas de couveuse			8 mois		Non	Non	Enfance délicate	62 ans	Profes.	Normales	Très bonne santé	Normale		
3 A. PINARD et LE MASSON, observ. com- muniq. inédite. Obser- vat. de 3 sœurs préma- turées.	Mère albu- minurique	1.100 gr.	< 7 mois	IV pare 3 avortem. antérieurs.						S'est marée n'ayant pas été réglée						A eu un enfant malgré son état d'aménorrhée.				
4 id.	id.	1.300 gr.									Oui	S'est touj. b. por- tée, mais a conservé dep. s. enf. de l'in- contin. d'ur. noct. intermittente.			Taille moyenne physique normal	Normale	Normale			
5 id.	id.	1.350 gr.										Morte à 3 ans 1/2 de méningite tuber- culeuse.								
6 PLANCHU, obser- vation communiquée. Inédite.	Parents sains	1.430 gr. 1 ^{er} jumeau sommet CF obs. n° 34	6 mois gémellité	I pare	Spontané	Sein, cou- veuse 1 m. allaitem. très difficil.	Tr. l., 250 g. d. l. 2 p. m. 2.300 à 4 m. 5.200 à 8 m. 7.000 à 1 an 7.500 à 16 m						Pas	7 a. 12		paraît à peine 4 a.	Enfant nerveux, chétif, pâle, maig., sans appétit, peu capable de travail, pas de tare.	Capricieux	En état d' phys. et n. par rap. à jum. puiné qui pes. 197	
7 OUI, observ. com- muniquée, inédite.		1.050 gr. sommet	6 mois (?)	I pare	Spont., pas de m. appa.	Sein, couv. 3 mois		2 ans	après 1 an				Entérites répétées	11 ans			Taille normale	Intelligence débile, ne sait pas lire		
8 VORON, observation communiquée inédite.	Par. sains, par. tard.	1.150 gr. sommet	6 mois 1.4 à la suite	II pare	Spontané rapide	Sein, gava. couveuse	15 à 20 gr. par jour	15 mois	9 mois		Ing. bolte	Non		11 ans		30 k. 1 m. 25 <	Bel enfant	Excellente mémoi- re, intelligent.	Enf. p. in a. ses 2 a.	

Prématurés de 1.500 à 2.000 grammes inclus

NUMÉROS	INDICATION d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX			ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES				ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES		ÉTAT ACTUEL					Etat comparé par rapport à celui des frères et sœurs			
			Présentation longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre de parité	Circonstances de l'accouche- ment	Mode d'élevage Couvée Allaitement	Progression de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession		Poids et Taille	DOMINANTE	
									de la marche	de la 1 ^{re} dent	des premières règles								Physique	Intellectuelle
19	* Becker. Thèse de Kiel, 1899.		Siège 1.860 gr. 0 ^m 43	Acc. prém. prov. à la 34 ^e semaine p. néphrite.		Extraction du siège							A été souvent malade	2 ans			Rachitique. Retard dans son développement. Bien portant.			
20	** Burekhardt. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1899, t. XLI.	Hérédité mater. normale. Mère chétive.	1.700 gr. 0 ^m 43	Acc. prov. p. ret. pelvien à la 32 ^e semaine.		Etat d'asphyxie à la naissance.	Lait stéril.	Récupère son poids à la 5 ^e sem.	Com- mencé à march. vers 3 ans 1/2.				Coqueluche et rougeole	10 ans			Maladie de Little	Va. à l'éc. Se tient à la hauteur des enfants de son âge. Fonct. psych. normales.		
21	** Hahn. Thèse Paris, 1900-1901. Obs. IV.	Parents sains. Père bien port. Typographe	1.910 gr. Sommet	Acc. prém. traumatisme.	I-p	Etat d'asphyxie à la naissance.	All. mixte	Reprend son poids vers le 15 ^e jour.	2 a. 1/2	15 mois			Varicelle à 20 m., triste, nonchalant, en rel. jusqu'à 2 a. 1/2. Depuis une coquel. contr. à cet âge s'est éveillé, et dével. A eu dès sa 1 ^{re} année une faiblesse à gauche, inapt. au mouv. muscul. surtout marquée aux m. supér.	5 a. 1/2			Grande pour son âge. Strabisme.	Peu affective. Bizarre de caractère. N'a parlé qu'à 16 mois (papa, maman). Impressionnabilité pathologique.	Moins vive et moins gaie que sa sœur plus jeune. Mieux portante toutefois que celle-ci qui a été conçue les parents étant malades	
22	Maygrier. Commun. Acad. de Médecine, 11 juin 1907.		1.540 gr.				Sein	2.200 gr. 22 ^e jour							2 ans		7.550 g			
23	Id.		2.000 gr.				Sein	2.215 gr. 19 jour							3 ans		11.980 g			
24	Commandeur. Obs. notée in Thèse de Guibert, Lyon, 1910-1911.		1.700 gr. Sommet	Acc. provoqué par rétrécisse. pelvien.	II-p.	Forceps en OIDP	Sein		1 an	6 mois			Aucune	7 ans		18 k. 500 1 m. 27	Bonne santé Délicate	A parlé tôt. Intelligence supér., lit et écrit, joue du piano.		
25	Guibert. Thèse, Lyon 1910-1911. Obs. 15.		1.975 gr.	Acc. provoqué à 7 mois par rétrécissement du bassin.	I-p.		Lait stéril.		18 mois	7 mois			Scarlatine	6 ans		19 k. 1 m. 12	Vigoureux. Nerveux.	A parlé à un an. Intelligent. Bonne mémoire. Sait bien lire et compter.		
26	Cordier. Presse Médicale Belge, 16 octobre 1910. Obs. I.		1.950 gr.	7 mois			Allaitem. artificiel	2.800 gr. 2 m. 1/2 ac. de cyan.							3 a. 1/2		17 kg. 99 c/m	Santé robuste	Intelligence normale.	
27	* Id. Obs. IV.		1.540 gr.	6 m. 1/2 Gémellité.				3.260 gr. à 5 mois					Troubles digestifs. rachit., thorac. anémie	14 mois		6 k. 950 64 c/m				
28	* Id. Obs. VI.		1.740 gr.	7 mois			Nourrice						Troubles digestifs. rachit., thorac., bronchite	14 mois		6 k. 000 63 c/m				
29	* ANDÉRODIAS. Obs. comm. inédite.	Parents b. portants	< 2.000 gr.	7 m. 1/2 rup. prém. membran.	I-p.	Spontané	Sein Couvée 2 mois		16 mois				Mal. de l'enfance sans incid. Strabisme depuis première enfance. Opérée avec succès.	19 ans	Etudiant en droit	1 m. 78 80 k.	Normal	Normal	3 sœurs plus jeunes nées à terme, équivalentes au point de vue intellectuel, n'ont p. eu de strabisme.	
30	BOQUEL, Obs. comm. inédite.	Parents b. portants et bien doués	1.700 gr.	7 m. acc. prov. au cours péritonite appendiculaire (?) Incis. faite chez une femme paraissant mourante.	I-p.	Dilatation artific. manuelle-forceps. Né étonné.	Sein. Couv. 2 m. Accès de cyanose, mort apparente, répétée, intens. surtout vers le 8 ^e j.	Reprend son poids le 18 ^e jour. 4.075 gr. à 4 mois 7.950 gr. à un an	Marche à la main à 14 mois	9 mois			Broncho-pneumonie à 14 mois. Typhoïde à 4 ans. Scarlatine à 6 ans. Toutes bien supportées.	7 ans		28 k. 1 m. 28	Aucune tare. Très bien conformé. Robuste.	Aucune tare, très intelligente.		
31	FIEUX. Obs. comm. inédite.	Parents sains	1.960 gr. Sommet	7 m. 1/2 Cause ?	I-p.	Spontané	Allaitem. maternel	Rep. son p. dès le 9 ^e j., progr. rég.	20 mois	8 mois					3 a. 1/2		< 14 k 850	Aucune tare	Aucune tare	
32	GARNIER. Obs. commun. inédite.	Pas de syphilis Rétrec. mitral chez la mère	1.535 gr. Sommet né le 2 ^e	6 m. 1/2 Gémellité	III-p. 2 av. antér.	Spontané pas de m. apparente.	Sein 8 m. couvée 2 m. 1/2	7.850 gr. à 1 an	26 mois	18 mois		Encore in-cont. act.			4 a. 1/2			Taille au-dessous de son âge, paraît 3 ans. Figure pâle, bouffie.	Intelligence normale.	Le frère jumeau aîné est mort au bout de quelq. mois.

Prématurés pesant de 1.500 à 2.000 grammes inclus (suite)

N°	INDICATION D'ORIGINE	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX				ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES				ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES		ÉTAT ACTUEL					Etat comparé par rapport celui des frères et sœurs		
			Présentation longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre de parité	Circonstances de l'accouchement	Mode d'élevage Couveuse Allaitement	Progrès de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	MALADIES	Age	Profession	Poids et taille		DOMINANTE	
									de la marche	de la 1 ^{re} dent	des premières règles								Physique	Intellectuelle
33	PLANCHU, Obser- vation communiquée. Inédite.	Parents bien por- tants.	1680 gr.	7 mois Eclampsie	I p.	Forceps à col dilata- ble, pas de mort appa- rente.	Sein	Poids ré- cupère au 18 ^e jour, très b. courbe.	17 m.	17 m.			Rougeole-Coque- luche.	9 ans			Enfant très nor- mal a rattrapé à 14 mois la courbe nor- male d'un enfant à terme.	Elève de 6 ^e au lycée, nerveux, très intelligent, souv. le 1 ^{er} de sa classe.	Est plus g que sa sœur qui a 16 m de moins.	
34	PLANCHU, Obser- vation communiquée. Inédite.	Parents sains, frère jumeau de l'obser. de Planchu, ta- bleau I, O. XVI.	1970 gr. Sommet 2 jumeaux.	7 mois gémellité	I p.	Spontané	Sein 5 m. pas de cou- veuse.						Coqueluche, rou- geole, s'est com- porté comme un enfant à terme.	7 a. 12			Enfant très nor- mal pèse 4.500 gr. à 4 mois, 8.600 gr. à 1 an.		Dépasse com me taille dév lop. phys. intell., son j meau (né 1 s'est élevé d velop. comm sa sœur à t me née 2 a après lui et p sant 3450.	
35	PLANCHU, Obser- vation communiquée. Inédite.	Pas d'an- técédent patholo.	1680 gr. Sommet spontané rapide	7 mois malform. utérine	I p.	Pas de m. apparente.	Sein et lait d'ânesse. Chambre chaude.	Progres. lente, 7800 gr. à 1 an.	14 m.					5 ans		<	Poids et taille au- dessous moy., ché- tif mais coloré, bonne santé et de petite race (parents petits).	Très intelligent		
36	PLANCHU, Obser- vation communiquée. Inédite.	Père bien port., mère anémique, chétive.	1750 gr. Sommet	Gémellité 7 m. 1/2	II p. 1 fauss. c. antér.	Forceps à la vulve. Enfant é- tonné.	Sein, pas de couv.	Progres. rapide	17 m.			oui	Hernie ombilicale guérie à 1 an par app. contentif. Co- queluche, grippe, bien supportées.	5 ans		1 m. 05 >	Garçon superbe, très développé.	Aucune tare		
37	PLANCHU, Obser- vation communiquée. Inédite.	Parents sains, mè- re petite.	2000 gr.	Acc. provo. à 7 mois 1/2 p. rétréc. bass.		Version Enfant é- tonné.	Sein 5 m	Progres. lente au dé- but, 9 k. 100 à 1 an.	14 m.				Convulsions et chorée.	4 ans		Taille et p. moy. accroît. d'un en- fant à ter- me.		Très nerveux		
38	S. REMY, Obser- vation communiquée. Inédite.		1500 gr.	7 m. acc. spontané cause ?			Sein 6 m.	3500 gr. à 3 a. 10.500 gr. m 1 an.	11 m.	14 m. 12 les av. toutes à 2 ans.		oui	non	Hernie ombilica- le légère, rougeole, coqueluche.	7 ans		20 kg. > 1 m 10 >	Très intelligente facile, studieuse.	Ne présen aucune dif- rence avec s frère à t me.	
39	S. REMY, Obser- vation communiquée. Inédite.		1800 gr. 0.45	7 m. 1/2 acc. spon- tané trau- matisme.	II p.		Sein	Progres- sion bonne.	17 m.	10 m.		non	non	Broncho-pneumo- nie à 7 ans, Her- nie inguinale à 1 m. 12.	7 ans		20 kg. > 1 m. 20 >	Intelligente, gaie, travailleuse.	Un peu p délicate et m neusé que s frère aîné, à terme.	
40	V. WALLICH et EU- DES, Obs. personnel.	Parents bien por- tants.	1500 gr.	7 mois			Sein 4 m.		16 m.	10 m.		non	non p. à 16 m.	pas	26 ans	Cou- reur cy- cliste.	85 kg. > 1 m. 81 >	A eu son certifi- cat d'études à 12 ans.		
41	V. WALLICH, Obser- vation personnelle.		1725 gr. 1 ^{er} jumeau acc. normal Sommet	7 mois gémellité	I p.		Sein 7 nourrices pas de couv	Progres- sion faible la 1 ^{re} année	1 an	1 an		non	non		7 ans		20 kg. 125 > 1 m. 17 >	Normal Intelligent		
42	VIAL, Observation inédite. Famille de 5 enfants prématurés.	Parents bien por- tants pas de syphilis.	2000 gr. Sommet	7 mois cause ? Hydra. m(?)	I p.	Spontané	Sein, pas de couv.	Progres- sion régé- lière.	18 m.	5 m.	12 ans				22 ans	Elève à l'Eco- le Nor- male. Fonte- nay.	45 kg. 425 > 1 m. 50 >	Aucune tare Très intelligent		
43		Id.	1500 gr. Sommet	6 m. 1/2	II p.	Spontané	Couveuse	Id.						Mort à 2 jours de débilité congé- nitale.						
44		Id.	2000 gr. Sommet		III p.	Spontané	Sein, pas de couv.	Id.	18 m.	7 m.				Mort à 5 ans des suites de rougeo- le.	5 ans			Aucune tare, état normal	Aucune tare, était intelligent.	
45		Id.	2000 gr. Sommet	7 mois	IV p.	Spontané	Id.	Id.	18 m.	6 m.					12 ans		32 kg. 500 > 1 m. 43 >	Id.	Id. Intelligente, a son certificat d'é- tudes.	
46		Id.	2000 gr. Sommet	7 mois et 8 jours	V p.	Spontané	Id.	Id.	17 m.	7 m.					6 a. 12		18 kg. 500 > 1 m. 14 >	Id.	Id. Très bonne élève.	

3^e TABLEAU

Prématurés pesant de 2.000 à 2.500 grammes inclus

NUMÉROS	INDICATIONS d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX				ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES					ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES			ÉTAT ACTUEL						
			Présentation, Longueur, Poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre de parité	Circonstance de l'accouchement	Mode d'éle- vage Couvaison Allaitement	Progression de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession	Poids et Taille	DOMINANTE		Etat compa- r par rappor- t à celui des frères et sœur	
									de la marche	de la 1 ^{re} dent	des 1 ^{res} règles							Physique	Intellectuelle		
47	* Ahlfeld, Arch. f. Gyn, 1875, t. VIII, page 194.		39 cm 1/2 ce qui cor- resp. d'ap. Miller à 2.200 gr.	Acc. prém de la 28 ^e ou 29 ^e sem.										Agé de plus d'un an			Conserve de la pâ- leur de la face et une tête relative- ment grosse.	Intellectuellement bien développé			
48	Becker, Thèse de Kiel, 1899.		2.380 gr. 47 cm sommet	Acc. prov. 33 ^e sem. insuf. mitr.										3 ans			Fort bien déve- loppé				
49	Id.		2.280 gr. 42 cm sommet	Acc. prov. 36 ^e sem. rétr. bassin		Spontané								6 ans			Bien port., grand pour son âge.	Intelligente			
50	Id.		2.380 gr. 46 cm	Acc. prov. 36 ^e sem. rétr. bassin		Spontané								4 ans			Bien port., bien développé.				
51	Id.		2.460 gr. 45 cm épaule	Acc. prov. 36 ^e sem. rétr. bassin		Version								3 ans			Bien port., bien développé.				
52	Rashkow, Thèse de Kiel, 1901.		2.300 gr. 42 cm épaule	Acc. prov. retor. bas.	II pare	Version étonné	Sein		1 an		Régl. à 14 a. 1/2		Ictère des nou- veau-nés. Rougeo- le.	15 ans			Solide	Premiers mots à 1 an			
53	Id.		2.440 gr. 44 cm sommet	Id. 36 ^e sem.	IV pare	Acc. spont. 8 h. 1/2	Biberon		3 ans				Rachit., rougeole, scarlat., coquelu- scrofule, phtisie.	12 a. 1/2			Constitution faible	Premiers mots à 3 ans 1/2 Apprend bien en classe.			
54	Id.		2.280 gr. 48 cm sommet	Id. 36 ^e sem.	IV pare	Acc. spont.			1 an					7 a. 1/2			Fort	Intelligente, a parlé à un an			
55	Id.		2.380 gr. 46 cm sommet	Id. 36 ^e sem.	I pare	Spontané	Sein		1 an					6 ans			Assez fort				
56	Id.		2.460 gr. 45 cm sommet	Id. 36 ^e sem.	II pare	Version			1 an 1/2				0	4 ans			Petite, délicate	Ne parle pas encore bien			
57	Id.		2.320 gr. 47 cm sommet	Id. 37 ^e sem.	II pare	Forceps asph., né c. qu'ap. 20 m.	Biberon		Pas				Rougeole, coque- luche	mort à 14 m.			Enfant solide	Ne parlait pas			
58	Id.		2.310 gr. 46 cm sommet	Id.	II pare	Spontané asph. légèr.	Mixte		Pas					13 mois			Rachitique				
59	Gallimard, Thèse Pa- ris, 1905.		2.420 gr. sommet	Acc. prov. 8 m. 1/2		Spontané	Sein							2 ans		12 k. 77 cm	Pas de tare	Intelligence nor- male			
60	Perret, In thèse Gal- limard.		2.000 gr.	Acc. prov. 7 m. 1/2	II pare	Spontané	Sein						Pas de troubl. nerv. ni strabisme	5 ans		22 k. 115 cm	Etat général bon	Intelligence très développée			
61	Maygrier, Commun. Académie de Médecine, 11 juin 1907.		2.250 gr. gémellité 2 ^e jumeau				Mixte	2.500 gr. au 13 ^e jour						2 ans		9.850 g.	Revu à 5 ans, bien portant				
62	Id.		2.470 gr.				Sein	3.200 gr. au 22 ^e jour						2 a. 1/2		9.750 g.					
63	Id.		2.460 gr. gémellité				Mixte	3.110 gr. au 37 ^e jour						20 mois 1/2		9.050 g.					
64	Id.		2.400 gr.				Mixte							15 mois		9.070 g.					
65	Id.		2.190 gr.				Artificiel	2.570 gr. au 19 ^e jour						27 mois 1/2		12.200 g.					
66	Id.		2.380 gr.				Sein	2.640 gr. au 13 ^e jour						2 a. 1/2		10.720 g.					
67	Id.		2.380 gr.				Sein	2.280 gr. au 15 ^e jour						17 mois		8.470 g.					
68	Id.		2.400 gr.				Sein	2.700 gr. au 14 ^e jour						17 mois		10.500 g.					
69	Guibert, Thèse Lyon, 1910-1911. Obs. I.		2.350 gr.	Acc. prov. 8 mois	I pare	Version	Sein		13 m.	Auc. de la 1 ^{re} année	13 ans		0	13 ans		37 k. 1 m. 38	Assez vigoureuse	Assez intellig. n'a jam. été en clas. ne sait ni lire ni écr.			

Prématurés pesant de 2.000 à 2.500 grammes (inclus)

INDICATION d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX					ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES					ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES			ÉTAT ACTUEL					Etat comparé par rapport à celui des frères et sœurs
		Présentation, longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre de parité	Circonstances de l'accouche- ment	Mode d'éle- vage Couvuse Allaitement	Progression de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession	Poids et Taille	DOMINANTE			
								de la marche	de la 1 ^{re} dent	des 1 ^{res} règles							Physique	Intellectuelle		
Guibert, Th. de Lyon, 1910-1911. Obs. VII.		2.380 gr.	Acc. prov. 38 ^e sem.	I pare	Spontané	Sein		20 mois	8 mois				Coquel., varicelle, scarlatine, album.	Morte à 5 ans		Pes 13 k. à 4 ans <	Etait assez vigoureuse	Etait intelligente		
Id. Obs. XVII		2.330 gr.	Acc. prov. 37 sem.	III pare	Spontané	Sein		1 an	8 mois				Diarrhée, bron- chite	6 ans		22 kilos 1 m. 17 >	Très vigoureuse	Intelligente, a par- lé à 10 mois		
Id. Obs. XXIV		2.250 gr.	Acc. prov. 38 ^e sem.	II pare	Spontané	Sein		13 mois	5 mois				Pas	4 ans		18 kilos 0 m. 98 >	Très forte pour son âge	Intellig. et éveil. a parlé av. 1 an		
Id. Obs. XXVI		2.450 gr.	Acc. prov. 36 ^e sem.	II pare	Spontané	Sein		11 mois	7 mois					4 ans		14 kilos 0 m. 95 =	Vigoureuse	Très intelligente		
Id. Obs. XXXIX		2.480 gr.	Acc. prov. 38 ^e sem.	II pare	Spontané	Sein		11 mois	6 mois				Varicelle	2 ans		12 kilos 0 m. 80 >		Intelligente		
Id. Obs. XLI		2.200 gr.	Acc. prov. 34 ^e sem.	III pare	Version	Sein		16 mois	10 mois				Rougeole	2 ans		10 kilos 0 m. 77 >	Très vigoureuse	Intelligente		
Trillat, observation sur thèse Guibert.		2.450 gr.	Acc. prov. 37 ^e sem.	II pare	Forceps au détr. supér.	Sein 3 mois mixte		17 mois	8 mois					5 ans		15 kilos 0 m. 98 >	Excellente santé	Très intelligente		
Cordier, Pr. méd. belge, 16 octobre 1910. Observation III.		2.050 gr.	7 mois			Gavage Nourrice Ictère	5.900 gr. à 1 an	2 ans	16 mois				Trou. dig., rachit. thorac. et anémie spléno-mégalie	2 ans		8 k. 950 75 cm <				
ANDÉRODIAS, obs. comm. inédite.	Parents sains	2.300 gr. sommet	8 mois acc. prov. bass. cyph.	I pare	Forceps	Nourrice		13 mois	8 mois		Non	Non	Diarrhée, bron- chite	5 ans		1 m. 05 >	Excellent état	Aucune tare		
ANDÉRODIAS, obs. comm. inédite.	Mère coxal. Père sain	2.450 gr. sommet	Acc. prov. 8 mois	I pare	Forceps mort appa.	Sein	Progressio- régulière	15 mois	10 mois		Non	Prop. dép l'âge d. 2 a.	Rougeole, diph- térie	9 ans		25 kilos 1 m. 20 >	Bien portant	Intellig. moyenne, aucune tare		
ANDÉRODIAS, obs. comm. inédite.	Parents bien port.	2.350 gr. sommet	Acc. prov. 8 mois	III pare	Spontané	Sein	Progressio- régulière	13 mois	8 mois					3 ans		14 kil. >	Bien portant	Intelligent, parle bien, aucune tare.		
FIEUX, obs. comm. inédite.	Parents sains	2.035 gr. 2 ^e jumelle siège cf. obs. 146	8 mois gémellité	I pare	Spontané tête derni. pas de mort apparente	Sein mate- 6 mois pas de couvuse	P. init. rep. au 13 ^e jour, progr. rég.	14 mois	6 mois					17 mois		8 k. 700 0 m. 80 <	Pas de tare	Pas de tare		
Id.	Père b. por. Mère rach.	2.150 gr. sommet	Fin 8 ^e mois acc. prov. rétrec. bas.	I pare	Forceps pas de mort apparente	Nourrice pas de couvuse	P. rep. 16 ^e j. progr. lente	14 mois	8 mois					6 ans		19 kilos 1 m. 08 >	Très bonne santé, aucune tare	Très intelligent		
Id. sœur du précédent	Id.	2.400 gr. sommet	Id.	II pare	Forceps pas de mort apparente	All. mater. pas de couvuse	P. rep. 10 ^e j. progr. rég.	15 mois	12 mois				Broncho-pneum. à 8 m., coqueluche à 16 m., entérite.	2 ans et 4 m.		9 k. 600 0 m. 78 <	Enfant pâle, déli- cate et chétive	Très intelligente	Infér. à so- fr. qui lui aussi est prématuré	
Id.	Parents sains	2.320 gr. sommet	8 ^e mois ?	II pare	Spontané	Nourrice pas de couvuse	P. rep. 7 ^e j. progr. rég.	14 mois	8 mois					2 ans		10 k. 800 <	Aucune tare	Aucune tare		
Id.	Parents sains	2.350 gr. sommet	Fin 8 ^e mois Grip. à for. grave chez la mère.	I pare	Forceps	Sein pas de couvuse	P. rep. 12 ^e j. progr. rég.	Nemar. pas	10 mois					13 mois		9 k. 500 0 m. 75 =	Aucune tare	Aucune tare		
FRUHINSHOLS ET ROUYER, obs. inédite.	Par. sains Père anc. Σ régulièrement traité	2.350 gr. 2 ^e jumelle sommet cf. obs. 142	8 ^e mois gémellité insért. bas. du placenta	I pare de 30 ans	Spontané rapide	Sein 4 mois mixte ens. chambre chaude	P. rep. 11 ^e j. progr. not.	18 m 1/2	15 mois		Non	Non	Abscès ratéro-phar- ryn., embar. gas., diarrhée, entérite.	2 a. 1/2		12 k. 640 0 m. 88 >	Pas de tare phy- sique, enfant pâle et délicate.	Pas de tare intellectuelle		
PERRIN, observat. comm. inédite.	Hérédité pat. et mat. bonne Père prép. l'agrégat. au mom. de la conception	2.466 gr. sommet 49 cm.	8 ^e mois acc. prém. spontané cause d'é- motion ?	I pare	Spontané facile, crie immédiat. durée trav. 11 heures	Sein 6 mois gavage mixte chambre chauffée	P. rep. 11 j. progr. rég. 5.480 à 6 m. 7.700 à 1 an	26 mois	16 mois		Non	Non	Opéré des v. adé- noïdes à 4 ans 1/2, bronchite, coque- luche.	5 a. 1/2		15 k. 600 0 m. 995 <	Arrière physiq., ectopie testiculaire unilat., verge inf. à la norm., insuc. desopothér. thy- roïdien hypophyt- testiculaire.	Arrière	Mesurait à a. 77 cm quar- ses fr. et sœur en mesur. 84 84 1/2. N'att. c. m. qu'à 3 an	
PLANCHU, observat. comm. inédite.	Mère coxal. Père b. por. Pas de syphilis	2.040 gr. sommet	7 m. 12 acc. prém. cause ?	I pare	Spontané	Sein	P. rep. 12 ^e j. courbe rég. 6 2 0 à 4 m. 10 k. à 1 an						Morte à 3 ans de broncho-pneumo- chroni. tubercul., avait eu une olite.	Mort à 3 ans			Poids et taille proport. à son âge, s'était fort bien élevé	Intelligence moyenne		
PUECH, obs. comm. inédite.	Parents bien port.	2.230 gr. sommet (occ. sacré)	8 mois aplasie utérine	II pare	Spontané pas de mort apparente	Sein pas de couvuse		12 mois	10 mois		Non	Non	Rougeole, coque- luche, angines, hy- pert. des amygdal.	16 ans	Elève de réthor.	66 kilos 1 m. 70 >	Fort et robuste	Toujours dans les deux ou trois pre- miers de sa classe.		
SCHUHL, obs. com. inédite.	Parents sains	2.045 gr. au 3 jour sommet	8 ^e mois	I pare	Spontané	Lait mater- nisé 2 m., Sein jusq. 14 mois couvuse	Progressio- régulière 2.745 à 1 m. 1.195 à 3 m. 6.615 à 6 m.	1 an 1/2	8 mois		Non	Inc. noc. d'ur. dép. l'âge de 8 a 12		9 a. 1/2		1 m. 37 >	Bonne santé ha- bituelle	Intelligente	Enfant uniq	

4^e TABLEAU

Prématurés pesant de 2.500 à 3.000 grammes inclus

NUMÉROS	INDICATIONS d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX				ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES				ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES			ÉTAT ACTUEL						
			Présentation, longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la préma- ture	Ordre de parité	Circonstance de l'accouche- ment	Mode d'éle- vage Conseil Allaitement	Progression de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession	Poids et Taille	DOMINANTE		Etat com- par rap- à celui frères et s
								de la marche	de la 1 ^{re} dent	des 1 ^{res} règles								Physique	Intellectuelle	
91	Becker, Thèse de Kiel, 1899.	Mère tuberculeuse	2.620 gr. 47 cm siège	Acc. prov. en raison tuber mat.		Spontané								Ne s'est dev. que lentem. dans les 1 ^{res} années. Norm. ens.	1 a. 1/2			Bien portant et fort		
92	Id.		2.970 gr. 48 cm siège	Acc. prov. 36 ^e sem. rétr. bassin		Extraction de la tête									4 ans			Vif et fort		
93	Id.		2.900 gr. 48 cm sommet	Acc. prov. 37 ^e sem. rétr. bassin				A mar- ché tôt							3 ans			Bien développé		
94	Id.		2.800 gr. 47 cm épaule	Acc. prov. 35 ^e sem. rétr. bassin		Version									14 mois	8 k. 73 cm		Fort et bien déve- loppé		
95	Id.		2.750 gr. 49 cm sommet	Id. 36 ^e sem.		Version mort appa- rente									3 a. 1/2			Bien port., bien développé.		
96	Rashkow, Thèse de Kiel, 1901.		2.960 gr. 47 cm sommet	Acc. prov. pour rétr. bassin	V pare	Forc. dépr. en cuiller mort appa.	Biberon							Aucune	17 ans			Intelligente		
97	Id.		2.970 gr. 48 cm siège	Id. 36 ^e sem.	IV pare	Tr. long 26 ^b ext. de la tête m. app. lég.	Sein	15 m.						0	6 a. 1/2			Forte	A parlé à 2 ans	
98	Id.		2.900 gr. 48 cm sommet	Id. 37 ^e sem.	III pare	Trav. 58 h.	Sein	Tôt							5 a. 1/4			Fille développée	A parlé tôt	
99	Id.		2.750 gr. 49 cm sommet	Id. début 9 ^e mois	II pare	Version asphyxie	Sein	16 m.						Coqueluche à 11 m. Rougeole	5 a. 1/4			Garçon délicat		
100	Id.		2.850 gr. 49 cm sommet	Id. 37 ^e sem.	II pare	Spontané	Sein 3 m.	1 an 1/2							4 ans			Fille solide	A parlé à 2 ans	
101	Id.		2.520 gr. 46 cm sommet	Id. 35 sem.	III pare	Spontané	Sein	1 an 1/2						Coqueluche Diarrhée	3 a. 3/4	18 kg. >		Fille solide	A parlé à 1 an 1/4	
102	Id.		2.800 gr. 47 cm épaule	Id. 35 ^e sem.	IV pare	Version	Sein	1 an 1/4						0	3 a. 1/2			Fille forte	A parlé à 1 an 3/4	
103	Id.		2.650 gr. 48 cm siège	Id. 38 sem.	VII pare	Spontané né étonné	Sein	1 an							3 a. 1/2			Fille forte	A parlé à 1 an 1/4. Développement intellectuel normal	
104	Id.		2.800 gr. 49 cm sommet	Id. 37 ^e sem.	VIII pare		Sein 2 mois	1 an						Rachit., rougeole, inflammation cérébrale.	3 a. 1/4			Fille grande et délicate. Strabisme	A parlé à 10 mois	
105	Id.		2.850 gr. 49 cm sommet	Id. 35 ^e sem.	III pare		Sein	1 an						Bronchite	3 ans			Garçon solide	A parlé tôt	
106	Id.		2.760 gr. 48 cm sommet	Id. 36 ^e sem.	IV page	Version asph. légèr.	Sein	Pas encore							2 a. 3/4			Garçon moyenne- ment fort	Ne parle pas encore	
107	Id.		2.550 gr. 46 cm sommet	Id. 36 ^e sem.	IV pare	Version	Sein	1 an 1/4						Ictère des nou- veau-nés. Rougeole.	2 a. 1/2			Garçon moyenne- ment fort	Commence à parler	
108	Id.		2.850 gr. 49 cm siège	Id. 36 ^e sem.	VI pare	Extraction asph. lég.	Sein	19 m.						Rachitisme	1 a. 3/4			Garçon assez fort mais pâle	Comprend, mais parle à peine	
109	Id.		2.750 gr. 48 cm sommet	Id. 37 ^e sem.	V pare	Version	Biberon	1 an 1/2							1 a. 3/4			Garçon pas très solide, 12 dents		
110	Id.		2.850 gr. 46 cm siège	Id. 38 ^e sem.	VII pare	Spontané asph. lég.		2 ans						Rachitisme. Co- queluche.	3 ans				N'a parlé qu'à 2 ans 1/2	
111	Gallimard, Thèse Pa- ris, 1905.		2.850 gr.	Acc. prov. 8 m. 1/2		Spontané	Sein 7 m.								3 ans	14 k. 90 cm >		Pas de tares. Etat général bon	Etat général bon intellig. normale	

INDICATION d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX				ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES					ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES			ÉTAT ACTUEL					Etat compa par rappor celui des frères et so
		Présentation, longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre de parité	Circonstances de l'accouchement	Mode d'éle- vage Couvreuse Allaitement	Progression de poids au début	de la marche	de la 1 ^{re} dent	des 1 ^{res} règles	Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession	Poids et Taille (1)	DOMINANTE		
																	Physique	Intellectuelle	
2 Gallimard, <i>Thèse Pa-</i> <i>ris</i> , 1905.		2.990 gr.	Acc. prov. 8 mois		Spontané	Sein								3 ans		14 kilos 86 cm >	Id.	Intelligence déve- loppée	
3 Id.		3 000 gr.	id 8 m. 12		Version	Sein								2 ans		15 kilos 75 cm >	Id.	Intelligence normale	
4 Id.		2.900 gr.	id 8 mois		Version	Sein, 17 m.								2 ans		13 kilos 80 cm >	Etat général très bon, pas de tare.	Id.	
5 Guibert, <i>Thèse Lyon</i> , obs. II, 1910-1911.		2.700 gr.	id. 37 ^e semaine	III pare	Version	Sein, 18 m.		20 mois	6 mois			0		12 ans		31 kilos 1 m. 31 >	Fort et vigoureux	A parlé à 18 m. Intelligent. Bonne mémoire.	
6 id. Obs. III		2 570 gr. Siège	id. 38 ^e semaine	I pare	Extract. fracture de cuisse	Sein, 9 m.		17 mois	6 mois			Diarrhée verte, scarlatine, bron- chite.		11 ans		34 k. 500 1 m. 43 >	Etat général bon, constitution moyenne	A parlé à 9 m. Intellig. moyenne. Bonne instruction.	
7 id. Obs. IV	Mère bacillaire	2.700 gr.	id. 37 ^e sem. bas. coxal.	I pare	Version	Allaitem. mixte		15 mois	8 mois			Coqueluche à 6 ans Rougeole à 8 ans		10 ans		23 k. 500 1 m. 22 >	Etat génér. as. bon, constitut. as. forte	A parlé à 1 an. Intellig. moyenne.	
8 id. Obs. V	Père alcoolique	2.860 gr.	Acc. prov. 37 ^e semaine	I pare	Version	Biberon		17 mois	10 mois			Gastro-entér. à 1 a. Coqueluche à 3 a. Oreil.-rougeo. à 5 a. Méningite (?) à 6 a.		8 ans		19 kilos 1 m. 10 >		A parlé à 13 m. Intellig. médiocre, mém. ordinaire, ne sait ni lire ni écr.	
9 id. Obs. VIII		2 850 gr.	id. 8 mois		Spontané									7 ans		16 k. 500 1 m. 05 >	Bonne constitution	Pas très intelli- gent, bonne mé- moire. En retard.	
10 id. Obs. IX		2.940 gr.	id. 37 ^e semaine	I pare	Spontané	Sein, 2 ans		15 mois	8 mois			Bronchite à 3 ans Coq.-rougeole à 5 a.		7 ans		19 k. 500 1 m. 10 =	Très vigoureuse	A parlé à 1 an. Intellig. moyenne.	
11 id. Obs. XI		2.550 gr.	id. 36 ^e semaine	II pare	Spontané	Biberon		4 ans rachiti.	8 mois			diur. et noct.	Crises nerveuses dans l'enfance	7 ans		18 kilos 1 m. 14 >	Constitution mé- diocre. Ectopie tes- ticulaire double.	A parlé à 1 an Très intellig. Sait lire et écrire. Ona- nisme.	
12 id. Obs. XII		2 660 gr.	id. 35 ^e semaine	II pare	Spontané	Biberon		18 mois	6 mois			Bronchite à 3 ans		7 ans		20 kilos 1 m. 13 >	Très vigoureuse	A parlé à 14 m. Très intellig., très bonne mém., très appliquée.	
13 id. Obs. XIII		2 730 gr.	id. 36 ^e semaine	II pare	Version	Sein, 2 ans		1 an	6 mois			0		7 ans		15 k. 500 1 m. 03 >	Bien portant, peu vigoureux.	A parlé à 14 m. Très intellig., très bon. mém., ne sait pas encore écrire.	
14 id. Obs. XVI		2.950 gr.	id. 38 ^e semaine	I pare	Forceps dépression crânienne	Sein, 8 m.		20 mois	9 mois			Rougeole à 3 ans		6 ans		15 k. 500 1 m. 02 >	Assez vigoureux	1 ^{ers} mots à 13 m. Assez intelligent. Mémoire ordinaire.	
15 id. Obs. XVIII		2.800 gr.	id. 39 ^e semaine	I pare	Spontané	Nourrice		14 mois	8 mois			Rougeole à 3 ans Varicelle à 5 ans		6 ans		17 kilos 1 m. 11 >	Très vigoureux	1 ^{ers} mots à 11 m. Très intelligente et travailleuse.	
16 id. Obs. XIX		2.960 gr.	id. 38 ^e semaine	II pare	Spontané	Sein, 8 m.		14 mois	7 mois			Varicelle à 4 ans Coqueluche à 6 ans		6 ans		20 k. 400 1 m. 07 >	Vigoureux	1 ^{ers} mots à 1 an. Très intellig., très bonne mém., très travailleur.	
17 id. Obs. XX		2.670 gr.	id. 36 ^e semaine	II pare	Spontané	Sein		1 an	8 mois					5 ans		22 kilos 1 m. 11 >	Bien portant, as- sez vigoureux.	1 ^{ers} mots à 1 an. Très intellig., très bon. mémoire. très studieux.	
18 id. Obs. XXI		2.720 gr.	id. 36 ^e semaine	I pare	Spontané	Sein, 15 m.		13 mois	8 mois			Coqueluche à 4 ans		5 ans		15 kilos 1 m. <	Assez vigoureuse, très nerveuse	1 ^{ers} mots à 11 m. Très intellig., très bonne mémoire.	
19 id. Obs. XXII		2.520 gr.	id. 35 ^e semaine	IV pare	Forceps pénible	Allaitem. mixte		17 mois	8 mois			Rougeole et bron- cho-pneumo. (cau- se de mort)		Mort à 4 ans			Très délicat	A parlé à 1 an Intelligent	
20 id. Obs. XXV		2.730 gr.	id. 39 ^e semaine	III pare	Spontané	Sein, 4 m.		17 mois	6 mois					Morte à 1 an 1/2 d'accid.				1 ^{ers} mots à 8 m. Très intelligente.	
21 id. Obs. XXVIII		2.900 gr.	id. 39 ^e semaine	VII pare	Version mort appa- rente	Sein, 18 m.		11 mois	6 mois			Varicelle à 2 ans		3 ans		12 k. 500 0 m. 89 =	Bonne constitution	1 ^{ers} mots à 1 an. Très intelligente, bonne mémoire.	
22 id. Obs. XXXI		3 000 gr.	id. 37 ^e semaine	II pare	Spontané	Sein, 1 an		1 an	6 mois			Coqueluche à 2 ans 1 2		3 ans		12 kilos 0 m. 85 <	Assez délicate	1 ^{ers} mots à 10 m. Intellig., tr. éveillé.	
23 id. Obs. XXXII		2.850 gr.	id. 39 ^e semaine	I pare	Spontané	Sein, 2 ans		1 an	6 mois					3 ans		13 k. 800 0 m. 90 >	Vigoureux, bien musclé	1 ^{ers} mots à 10 m. Très éveillée.	
24 id. Obs. XXXIII		2.800 gr.	id. 38 ^e semaine	I pare	Version enf. étonné	Sein, 15 m.		14 mois	8 mois					3 ans		12 kilos 0 m. 86 <	Vigoureux, bon état général	1 ^{ers} mots à 11 m. Intelligente, bonne mémoire.	
25 id. Obs. XXXV		2.640 gr.	id. 38 ^e semaine	VIII pare	Spontané	Sein		14 mois	8 mois					2 ans		12 kilos 0 m. 83 >	Vigoureux	1 ^{ers} mots à 11 m. Très intelligente.	
26 id. Obs. XXXVI		2.970 gr.	id. 37 ^e semaine	III pare	Version dépres. en cuil. du	Sein, 15 m.		13 mois	9 mois					2 ans		12 k. 600 0 m. 90 >	Très vigoureux, très nerveux.	1 ^{ers} mots à 10 m. Très intellig., bon-	

NUMÉROS	INDICATION d'origine	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX				ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES					ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES			ÉTAT ACTUEL					
			Présentation longueur et poids du fœtus	Cause et degré de la prématura- tion	Ordre	Circonstances de l'accouche- ment	Mode d'élevage Couvreur Allaitement	Progression de poids au début	AGE			Hernies	Incontinence d'urine	Maladies	Age	Profession	Poids et Taille	DOMINANTE		Etat comparé par rapport celui des frères et sœurs
									de la marche	de la 1 ^{re} dent	des premières règles							Physique	Intellectuelle	
137	Guibert, <i>Thèse Lyon</i> , (suite). Obs. XXXVII	.....	2.980 gr.	Acc. prov. 38 ^e sem.	V. p.	Spontané	Sein	.....	11 mois	6 mois	.....	.....	.....	2 ans	.....	12 k. 500 0.87 >	Très vigoureux	Premiers m. 1 an très intelligente	.....	
138	Id. Obs. XLIV	.....	2 880 gr.	Acc. prov. 38 ^e sem.	II. p.	Spontané	Sein (8 m.)	.....	11 mois	6 mois	.....	.....	0.	2 ans	.....	12 k. 500 0 m. 87 >	Etat général bon	Premiers m. 1 an très éveillée	.....	
139	ANDERODIAS, Obs. communiquée. Inédite.	Parents b. portants	2.700 gr.	Acc. prov. 8 mois rétréc. bas.	II. p.	Tent. de forc. vers. manœuvre de Champet- tier, mort apparente.	Sein	Progress. normale	15 mois	.....	.....	.....	.....	6 ans	.....	22 k. 1 m 10 >	Tare 0	Tare 0	.....	
140	COMMEDEUR, Obs. Communiquée. Inédite.	Parents sains b. portants	2.700 gr.	Acc. prov. 8 m. 12 rétréc. bas.	II. p.	Forceps, dé- troit supé. m. appar. 5 minutes	Sein pas de couv.	Augment. normale	.....	.....	.....	non	non	10 ans	.....	37 k. 1 m. 35 >	Enf. rob. s. auc. t. transp. en Indoch. sup. t. b. le climat.	Intelligent, bon élève, gai	.....	
141	COUVELAIRE, Obs. communiquée. Inédite.	Grands pa- rents et pa- rents sains	2.620 gr.	Acc. spont. au moins 6 s. avant ter- me. Insert. basse du placenta	II. p.	Spontané	Sein puis mixte	Aug. rég. 3 accès de cyanose d. les 3 pre- miers j.	15 mois	10 mois	.....	non	prop de b. heu- re	6 ans	.....	24 kg. >	Forte et vigoureuse	Intelligente	Le fr. aîné né à terme, ay. 1 m. de pl., n'es p. pl. grand 7 a. 12 et ne p que 23 k. 700.	
142	COUVELAIRE, Obs. communiquée. Inédite.	Parents s. mère de la précédente	2.650 gr.	Née à 8 m. Rupt. prématuré des membran. suite d'in- sert. basse du placenta	II. p.	Spontané	Sein	Aug. très régulière	1 an	.....	de 12 a. à 13 a	0	0	30 ans	.....	50 kg. <	Petite et un peu délicate	Intelligence nor- male	Regl. un p. pl. tard q. s. soc. i ter, un p. pl. délic. q. cel.-ci a contr. pl. fac q. s. fr. et soc. t. l. mal. de l'enf	
143	FRUHHINSHOLS et ROUYER, Obs. Inédite.	Parents b. port. père anc. spéci- fique traité	2.665 gr. jumeau, né 1 ^{er} Siège m. d. fesses, s. jum. Obs. 85.	Spont. 8 m. gémellité ins. basse du placen.	I. p. de 30 ans	Spontané	Sein 4 m. Allait. mixte, chamb. chauffée	P. repris le 8 ^e jour, pro- gression normale	17 m. 12	9 m. 12	.....	non	non	2 a. 1/2	.....	14 k. 740 0 m. 91 >	Aucune tare, en- fant robuste	Normale	.....	
144	FIEUX, Obs. com- muniquée. Inédite. 3 prématurés.	Parents sains	2.545 gr. Sommet	Acc. prov. fin 8 ^e m. ré- tréc. pelv.	I. p.	Spontané pas de m. apparente	All. mixte pas de cou- veuse	P. repris le 10 ^e j. pro- gres. nor.	14 mois	7 mois	.....	0	0	9 a. 1/2	.....	24 k. 1 m. 26	Aucune tare	Normale	Seul des 4 fr. ven. à t. présen- lég. hernie. ing.	
145	Id	.....	2.880 gr. som. fr. du précédent	id.	III. p.	Spontané	id.	P. repris le 8 ^e j. progres. normale	16 mois	5 mois	.....	0	0	6 a. 1/2	.....	19 k. 500 1 m. 20 >	Id.	Id.	.....	
146	Id.	.....	2.780 gr. sommet fr. du précéd.	id.	IV. p.	id.	id.	P. repris le 8 ^e j. progres. régulière	14 mois	6 mois	.....	0	0	2 ans	.....	9 k. 0 m. 80 <	Id.	Id.	Enf. délic. m. robuste que ses frères.	
147	Id.	Parents sains	2 850 gr. 1 jum. som. Cf. Obs. 80	Gémellité 8 mois	I. p.	Spontané pas de m. apparente	Sein 6 m. pas de cou- veuse	Progress. régulière	15 mois	7 m. 12	.....	0	0	17 mois	.....	10 k. 300 0 m. 85 =	Id.	Id.	.....	
148	GOULLIQUOUD, Obser- communiquée. Inédite. Obs. J.-B. (1).	.....	2 760 gr.	Acc. prov. 8 m. rétréc. bassin.	III. p.	.....	Sein	4.650 gr. 3 mois	15 mois	6 mois	.....	prop à 9 m.	Fut longt. pâle, p. anér. Opéré de vé- gét. adénoïd. à 7 a.	8 a. 1/2	.....	30 kg. >	Lymphathique	Très intelligent	Le fr. aîné né à ter. et pes. à la nais. 3.500 g. s'est mouillé la n. jusqu'à 4 a. Intel. moyenne (acc. pén. à tr. un bas. rétr.) a compar. avec l. autres nés pré- maturément mais sans trau- matisme.	
149	Id. J.-B. (2)	.....	2.575 gr. s. du précé- dent	id.	IV. p.	.....	Sein couveuse	4.400 gr. à 3 mois	16 mois	6 mois	.....	S'est m. jus- qu'à 3 a.	.....	6 ans	.....	20 kg. >	Très résistante, très nerveuse	Intelligence moyenne	.....	
150	Id. J.-B. (3)	.....	2.540 gr. Sœur des précédents	id.	V. p.	.....	Sein couveuse	4 715 gr. à 4 mois	18 mois	6 mois	.....	Id. j. 2 ans	Broncho-pneu- monie au sortir de la couveuse	4 ans	.....	15.800 g >	Très robuste	Très intelligente	.....	
151	Id. J.-B. (4)	.....	2.885 gr. frère des précédents	id.	VI. p.	.....	Sein	5.520 gr. à 3 mois	20 mois	6 mois	.....	s. m. en- core	0	2 ans	.....	.....	Très bel enfant superbe santé	Très intelligente	.....	
152	Id. P.-G. (1)	.....	2 750 gr.	Acc. prov. 8 m. 1/2 ré- tréc. bassin	II. p.	.....	Sein	Normale 5.425 gr. à 3 mois	14 mois	7 mois	.....	.....	0	5 ans	.....	13 kg. 350 99 c/m <	.....	.....	.....	
153	Id. P.-G. (2)	.....	2.850 gr. frère du précédent	id.	III. p.	.....	Sein	P. repris 9 ^e jour, 5 515 gr. à 3 m.	15 mois	7 mois	.....	.....	0	3 ans	.....	12 k. 900 90 cm. =	Tous ces enfants sont parfaitement normaux et très intelligents.			
154	Id. P.-G. (3)	.....	2.480 gr. sœur des précédents	id.	IV. p.	.....	Sein	P. repris 9 ^e jour, 4.815 gr. à 3 m.	16 mois	7 mois	.....	.....	0	2 ans	.....	10.350 g <				
155	SPIRE, Obs. com- muniquée. Inédite.	Parents b. portants	2.625 gr. Sommet	Acc. spont. début 9 ^e m. suite fatig. et d'émot.	I. p.	Forceps, pas de m. apparente	Mixte 1 m. Biberon, pas de cou- veuse	P. repris le 11 ^e j. 3.920 gr. à 2 m., 4.150 gr. à 3 mois	20 mois	6 m. 1/2		non	prop à p. de 18 m.	Scarlatine 3 a. 1/2 Coqueluche 4 a. 1/2, Rubeole à 6 ans, toutes bien sup- portées.	6 a. 1/2	Elève au Lycée	23 kg. 1 m. 18 >	Enfant vigoureux bien portant	Très intelligent très bon élève	Un fr. p. j. né à ter., âg. de 3 a. 8 m. a mar. à 18 m. A uri. au lit jusq. 2 a. 12. A par. p. t. que s. aîné prém.

§ 2. — ENQUÊTES HOSPITALIÈRES

Ici commence l'exposé des recherches personnelles que nous avons poursuivies dans le milieu hospitalier et auxquelles veulent bien faire allusion MM. Wallich et Fruhinsholz lorsqu'ils disent dans leur rapport (57) : « Sous notre direction M. Cramouzaud-Donnarieix, « étudiant en médecine, élève de la clinique Baudelocque, compulsait ces différents documents (archives des hôpitaux et hospices) et remontait aux sources, suivait patiemment les jours de visites du public dans les différents hôpitaux ou hospices, pour rencontrer les parents des sujets, obtenir d'eux des renseignements sur les antécédents obstétricaux, les circonstances de l'accouchement, la justification de la prématuration ; il poursuivait ses enquêtes dans les points les plus éloignés de la ville et de la banlieue, à la recherche des médecins ou des sages-femmes, ayant assisté, lors de leur accouchement, les mères de ces prématurés ; d'autres fois, il devait aller d'une Maternité à l'autre, pour chercher plus ou moins vainement, dans les archives de ces services, la trace d'un accouchement prématuré. C'est grâce à ces efforts de notre collaborateur que nous avons pu réunir le meilleur de nos documents hospitaliers... »

Ce sont les résultats obtenus par cette sorte de chasse au prématuré que nous allons étudier maintenant.

(57) Wallich et Fruhinsholz, *Rapport à la Société obstétricale de France sur l'avenir éloigné du prématuré*, Paris, O. Doin, 1911, page 50.

Comme nous l'avons déjà dit, nos recherches personnelles se sont bornées au milieu hospitalier de Paris et de sa banlieue. Sur ce terrain, nous avons le choix entre deux modes d'investigations : Nous pouvions recueillir dans les Maternités les observations relatives aux prématurés puis partir à leur recherche, soit en ville, soit dans les hôpitaux ayant recueilli ultérieurement les sujets nous intéressant. Cette méthode, qui est encore la méthode directe et théoriquement la plus parfaite, nous n'avons pas songé à l'employer. Encore possible en clientèle privée où le même médecin appelé plus ou moins périodiquement, garde contact avec une même famille et peut, en quelque sorte, suivre jour par jour, dans la vie, l'évolution d'un individu qu'il a vu naître et qu'il verra peut-être mourir ; cette méthode n'est plus applicable avec la clientèle essentiellement transitoire des établissements hospitaliers. A la Maternité, que voit-on en effet : des femmes qui viennent accoucher le plus souvent la nuit, elles arrivent seules ou, si elles sont accompagnées, elles pénètrent seules dans la maison. Là, elles peuvent taire leur nom et leur adresse, l'accoucheur les délivre, elles restent une dizaine de jours ; puis la mère et l'enfant partent le plus souvent sans donner d'adresse ; et, dans le cas où ils en laissent une, que vaut-elle ? Dans 8 jours, dans 15 jours, au premier terme, pour une raison ou pour une autre, on change d'appartement, on quitte la rue, le quartier, la ville, le pays même, sans laisser de traces. Quant à la Maternité, comme bien on pense, on n'a cure de la prévenir !

De telle sorte que lorsqu'on fait des recherches dans

de telles conditions on perd la piste dès les premiers pas et les résultats que l'on obtient sont à peu près illusoire. Du reste, la chose fut tentée par un de nos devanciers : Gallimard, pour sa thèse, employa ce procédé, et sur tous les prématurés nés à la clinique Tarnier... 6 seulement purent être retrouvés.

Pour toutes ces raisons, nous avons préféré employer la méthode indirecte, celle qui part de l'adulte ou de l'adolescent pour remonter au prématuré ; et pour la mettre en œuvre, voici comment nous avons procédé :

Comme nous ne pouvions pas compulser les archives de tous les services de tous les hôpitaux de Paris, travail qui aurait demandé plusieurs lustres, sans pour cela donner un résultat sensiblement supérieur, nous nous sommes bornés à faire des recherches dans les services où l'on hospitalise et l'on soigne les affections les plus réputées comme résultant de la prématuration.

Nous avons donc débuté par l'hospice de Bicêtre. Dans cet hospice situé hors les fortifications et où l'on recueille une partie des vieillards, des nerveux et des aliénés de la ville de Paris et du département de la Seine ; grâce à la bienveillance de M. le Professeur Pierre Maric, grâce à celle des D^{rs} Vurpas et Nageotte, grâce aussi à M. André Léri, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, qui ont bien voulu nous faciliter l'accès des services et mettre obligeamment à notre disposition toutes leurs archives, nous avons pu retrouver un certain nombre d'observations relatives à d'anciens prématurés actuellement en traitement dans cet établissement.

Une fois en possession de ces observations, nous avons essayé de les compléter au point de vue spécial qui nous intéresse par une enquête personnelle faite d'abord auprès des parents. En effet, toutes les fois que la chose était possible, nous avons convoqué par lettre les parents à venir s'entretenir avec nous à l'asile-école de Bicêtre (puisque ce fut la section qui nous fournit le plus de documents) ; puis, de décembre 1910 à juillet 1911, nous nous sommes astreints à suivre les jours et les heures de visite, dans l'espoir, le plus souvent vain hélas ! de retrouver ceux d'entre ces parents que n'avaient pas touché nos invitations, et qui étaient restés sourds à nos tentatives d'entrevue.

Nous avons pu obtenir de la sorte, dans un certain nombre de cas, des renseignements assez précis sur les circonstances de la grossesse et de l'accouchement, de même que des détails sur les grossesses antérieures et postérieures.

Dans certains cas nous avons pu recueillir le nom et l'adresse du médecin ou de la sage-femme assistant ; malheureusement, soit par suite de mauvaise indication, d'adresses devenues fausses, soit par suite de difficultés matérielles ou autres, nous n'avons pu, de ce chef, augmenter sensiblement notre information.

Enfin, dans un petit nombre de cas, nous avons eu affaire à des prématurés nés dans des Maternités de l'Assistance publique de la ville de Paris. Alors munis du nom de la mère et de la date de l'accouchement, nous avons tenté une démarche dans chacune des Maternités indiquées. Malheureusement encore, malgré la bonne volonté du personnel qui partout et toujours a facilité, autant qu'il était possible, nos recherches,

dans la grande majorité des cas, nos efforts n'ont pas été couronnés de succès.

En effet, sur 7 observations de Maternité, une fois seulement à Beaujon, nous avons pu retrouver les traces d'un accouchement que nous recherchions.

Entre temps, le D^r Auguste Broca ayant bien voulu nous permettre de consulter les observations de son service, nous avons recherché à l'hôpital des « Enfants Malades » les prématurés qui étaient venus se faire opérer dans ce service, pour l'une des infirmités que la prématuration est sensée laisser comme séquelle. Là nos recherches ne purent porter que sur la clientèle passée du service, car, par une coïncidence fâcheuse, nous ne pûmes retrouver, parmi les malades en traitement au moment de notre enquête, aucun cas de prématuration. Force nous fut donc de nous contenter des fiches recueillies antérieurement dans les archives du service, fiches le plus souvent trop anciennes et trop sommaires, pour qu'il nous fût possible de tenter, avec quelque espoir de succès, une démarche auprès des parents. Quoiqu'il en soit, nous publions les statistiques que nous avons pu établir dans ce service, à la suite des résultats obtenus à Bicêtre, dont nous allons donner maintenant le détail.

I. — DOCUMENTS RECUEILLIS A BICÊTRE

A. — Service de M. le Professeur Pierre Maris (Adultes nerveux et vieillards)

Observations consultées	987
Prématurés (avec renseignements sur l'accouchement)	0
Prématurés (sans renseignements sur l'accouchement)	7
dont :	

Observation N° 1

B..., 25 ans en 1900. Paralyse infantile, reprise d'amyotrophie.

A. H. — Parents vivants et bien portants, deux sœurs bien portantes, deux frères morts en bas âge de (?)

A. P. — Né avant terme (7 mois 1/2), a été pendant 2 mois en couveuse (couveuse improvisée?), jusqu'à 4 ans bien portant; à 4 ans, méningite et convulsions, malade 15 jours avec fièvre « très forte », lorsqu'il se leva, on s'aperçut seulement qu'il était paralysé et qu'il ne pouvait marcher qu'en rampant. Vers 5 ans on lui mit des appareils qui lui permirent de marcher; à 13 ans, il marcha seul et sans canne.

Les membres atteints sont les deux membres inférieurs et la racine du membre supérieur gauche.

Ce n'est que depuis 1895 que la main droite serait plus faible et il a même dû, à un moment donné (1899), s'arrêter de travailler à cause de la faiblesse et des crampes qu'il ressentait dans cette main.

Etat actuel

MEMBRE INFÉRIEUR DROIT : Le pied est bot, le bord interne étant tordu en dedans.

Circonférence de la cuisse à 12 cent. au dessus du bord supérieur de la rotule, 22 cent.

Circonférence du mollet à 12 cent. au-dessous de la rotule, 17 cent. $\frac{1}{2}$; longueur du g. trochanter à la pointe de la malléole ext., 71 cent. ; il peut fléchir et étendre la cuisse, mais le genou et le pied ne peuvent être spontanément mobilisés.

MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE. — La cuisse est respectée, il peut fléchir et étendre le genou.

Circonférence de la cuisse à 12 cent. du bord supérieur de la rotule, 32 cent.

Circonférence du mollet à 12 cent. du bord inférieur de la rotule, 15. cent.

Longueur du g. troch. à la pointe de la mall. ext., 75 cent.

Il y a des secousses fibrillaires dans les muscles de la cuisse gauche ; les autres segments du membre, très atrophiés, ne présentent pas de secousses.

Bassin, thorax, et sq. en général normaux.

MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE. — Le moignon de l'épaule et le bras sont atrophiés (biceps, deltoïde, peauciers, sous-claviculaire, grand pectoral sont les plus atrophiés tandis que le triceps est conservé et forme une saillie inélégante en arrière).

Circonférence du bras, tiers moyen, 23 cent. 5 ; avant-bras et mains normaux.

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT. — Tout est normal sauf la main : légère atrophie de l'éminence thénar ; les faisceaux thoraciques inférieurs du grand pectoral sont atrophiés. Circonférence du bras au tiers moyen, 26 cent.

Les muscles des membres supérieurs et du thorax sont le siège de nombreuses secousses fibrillaires sauf à la main gauche.

Réflexes rotuliens, coudrolat., plantaires, absents.

Réflexes crémastériens, conservés.

Organes génitaux normaux.

Organes des sens normaux.

Observation N° 2

F..., 34 ans. Hémiplégie infantile, héliathétose.

A. H. — Donne peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires, cependant sa mère aurait été épileptique ; une sœur était bien portante mais est morte de bronchite à 28 ans.

A. P. — Serait né à 8 mois. Début de la maladie à 14 mois, a eu des convulsions et a été de suite hémiplégique à droite, n'a commencé à marcher qu'entre 3 ans 1/2 et 4 ans, n'a jamais eu depuis d'attaques comitiales.

Etat actuel

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT. — Diminué de volume dans toutes ses dimensions, l'omoplate participe à cette diminution. La main a des mouvements athétosiques assez accentués existant mais plus faibles au coude. Pronation et supination fréquentes mais incomplètes. Ne peut boutonner un bouton, mais peut tenir un objet un peu gros avec une certaine force pendant quelques instants. Mouv. associés nets, mais seulement dans le membre malade, on n'en voit pas dans la main gauche quand on le fait serrer avec la main droite.

MEMBRE INFÉRIEUR DROIT. — Atrophie moins nette qu'au membre supérieur, le pied semble de volume normal, mais la jambe et la cuisse sont nettement diminuées de volume.

Le reflexe plantaire est en extension à droite et en flexion à gauche. Il y a un peu d'athétose des orteils à droite sans déformation de ces derniers.

Quand il marche, il part sur la pointe du pied droit qu'il projette brusquement en avant.

FACE. — Symétrique au repos ; à la moindre émotion, spasme du côté droit avec légers mouvements athétosiques. La langue est un peu déviée à droite et un peu diminuée de volume du même côté. Il ne peut fermer isolément aucun des deux yeux.

Réflexes rotuliens exagérés, surtout à droite ; ceux du poignet assez forts des deux côtés, surtout à droite ; le réflexe crémasterien, difficile à rechercher, paraît cependant peu marqué.

Le réflexe pupillaire existe.

Le crâne est symétrique ; la sensibilité est intacte ; le malade est très chatouilleux. Signe du peaucier à droite. Pas de flexion combinée de la cuisse et du bras.

Il parle bien, les phrases sont correctes, mais il a un défaut de prononciation qui lui fait déformer certaines lettres ; la parole n'est nullement spasmodique et son timbre est normal.

Intelligence bonne, sait lire, écrire et compter.

Semble avoir très bon caractère.

L'appétit sexuel n'a jamais existé.

Tousse fréquemment, ongles hippocratiques.

Observation N° 3

K..., 20 ans en 1901. Paralysie infantile.

A. H. — Père mort à 33 ans de tuberculose.

Mère morte à ? de ?

Une sœur morte à la naissance. Un frère tuberculeux ?

A. P. — Né à 8 mois, ne sait pas autre chose sur sa naissance, ne sait pas s'il y a eu une application de forceps, ou si le travail fut difficile. A marché tard. Jusqu'à 12 ans, a marché seul avec une canne ou en donnant le bras. Il pouvait marcher un quart d'heure.

Dans sa première enfance (date ?) aurait eu des convulsions soignées par M. de Saint-Germain, convulsions qui ne se seraient pas renouvelées dans la suite.

A 12 ans a été obligé de prendre des béquilles ; il ne peut cependant expliquer cette aggravation subite qui ne coïncide avec aucune maladie, aucune poussée nouvelle.

Depuis l'âge de 12 ans, son état est resté stationnaire ; il a été soigné de diverses façons, notamment en 1894, puis chez les frères de Saint-Jean-de-Dieu de 1892 à 1898. Il a été en classe, a appris à lire et à écrire ; il a également appris le **métier** de relieur.

Etat actuel

Au point de vue intellectuel, **semble** normal.

Strabisme divergent, l'œil gauche est dévié en dehors, mais peut se porter en dedans dans certains mouvements **consensuels**. Pas de diplopie. Le strabisme a toujours existé ; vue très bonne.

Le réflexe à la lumière, très net à gauche, n'existe pas à droite ; mais si on ferme l'œil gauche en laissant libre l'œil droit, dès qu'on laisse parvenir la lumière à l'œil gauche, la pupille droite se contracte.

La voix est souvent voilée ; pas de déviation de la langue ni des lèvres, la parole est précise.

Pouls 76. Quand il étend la main, les doigts présentent une concavité postérieure assez prononcée avec un tremblement très fin.

La force est bonne : le dynamomètre donne 36 à droite et 26 à gauche.

Membres supérieurs normaux.

Aucune douleur.

Miction normale ; n'a jamais eu d'incontinence d'urine.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Debout, il ne peut se tenir qu'avec des béquilles, il a les genoux croisés, le droit au-devant du gauche ; les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin, les genoux également sont en flexion ; le pied droit est légèrement en varus avec un peu ou pas d'équinisme ; le pied gauche, au contraire, est en valgus ; pieds plats ; jambes un peu grêles ; tendons fléchisseurs un peu rétractés, mais articulations normales. Cuisses normales.

Clonus du pied, surtout à gauche.

Réflexes rotuliens forts.

Réflexes du poignet normaux.

Réflexes plantaires plutôt en flexion.

Le bassin est un peu diminué dans ses dimensions transversales ; la colonne vertébrale est absolument droite.

Organes génitaux normaux.

Observations N^{os} 4 et 5

Les frères M..., 22 ans en 1909. — Maladie de Little chez deux jumeaux.

A. H. ← Père mort à ? de ?

Mère vivante (nous n'avons pu la rencontrer).

Sont les 3^e et 4^e de 13 enfants du même père et de la même mère.

1^{er}. Une fille morte à 27 ans d'infection puerpérale (1^{re} grossesse, maltraitée par son mari, enfant actuellement bien portant) ;

2^e. Un frère de 24 ans, bien portant ;

3^e et 4^e. Les malades ;

5^e à 13^e. Peu de renseignements, tous morts, beaucoup en bas âge. Aucun paralysé ; la mère n'aurait pas fait de fausse couche.

A P. — Nés à 7 mois. Elevés au sein par la mère, puis par une nourrice. Marcel, le 2^e né après 24 heures de travail (?) forceps (?) maladies de la mère pendant la grossesse (?)

Les malades auraient eu des affections de l'enfance qu'ils ne sauraient préciser : Variole (?) scarlatine, etc.

Ils auraient semblé bien constitués à la naissance, auraient bien marché jusqu'à 3 ou 4 ans. A cet âge, convulsions et paraplégie, depuis lors plutôt régressive chez Marcel, et progressive chez son frère, surtout depuis une ténotomie au cours de laquelle un nerf aurait été coupé (?).

Observation N° 6

S., 25 ans en 1905. Athétose double.

A. H. — Père mort en 1904, de variole.

Mère relativement bien portante, nerveuse (nous n'avons pu la rencontrer).

Trois frères plus jeunes de 14, 13 et 11 ans, bien portants.

A. P. — Né à 7 mois ; on a dû appeler le médecin, mais le malade ne peut donner de renseignements plus complets. Il a été nourri au sein en partie ; le médecin aurait dit que l'enfant ne devait pas vivre.

Rougeole à 7 ou 8 ans. Scarlatine à 9 ans.

N'a jamais pu marcher. Dès l'enfance, ne put jamais se servir de ses bras ni de ses mains par suite de mouvements spasmodiques.

La tête tombait en avant et en arrière.

Aurait parlé très jeune (d'après ce que le malade aurait entendu dire par sa mère.)

N'a jamais eu de troubles sphinctériens, pas de dysphagie, pas de troubles de la déglutition, pas de convulsions.

A 13 ans, céphalalgies violentes, pendant 5 ans, attribuées à un abcès du cuir chevelu consécutif à une chute sur le crâne.

Le malade croit que le tremblement des mains aurait empiré depuis sa scarlatine. Les troubles moteurs n'auraient pas empirés depuis 9 ans.

N'a jamais été à l'école. A appris à lire chez lui plus facilement, dit-il, que ses frères allant à l'école.

Surdité légère par otite consécutive à la rougeole.

Développement physique retardé.

Etat actuel

TÊTE. — Ordinairement inclinée à gauche et animée de mouvements incessants qui s'exagèrent lorsque l'on parle au malade, et qu'on le fait parler.

FACE. — Mouvements spasmodiques incessants de tous les

muscles de la face, mouvements qui s'exagèrent dès que l'on parle au malade ou qu'on le fait parler.

LANGUE. — Symétrique. Contractions fibrillaires et par moments, mouvements plus intenses qui la portent à droite, à gauche, en avant ou en arrière.

BRAS ET MAINS. — Au repos, simples mouvements des doigts et des mains que le malade tient ordinairement fermées. Mais, dès qu'on observe le malade, qu'il parle ou qu'il s'agite, on voit des mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras, des mouvements d'abduction et d'adduction des bras ; tandis qu'au niveau des mains ce sont des mouvements de supination et de pronation, de flexion et d'extension des doigts, mouvements spasmodiques beaucoup plus rapides que dans l'athétose vraie, dont ils n'ont ni la lenteur, ni la raideur, ni la variabilité.

TRONC. — Pendant que le malade parle, le tronc est agité par des mouvements de rotation et de flexion en tous sens.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Assis, le malade peut maintenir ses jambes au repos volontairement, mais parfois il y a une légère extension de la jambe sur la cuisse ou entrecroisement des jambes. Le malade peut se tenir debout pendant quelques minutes.

MARCHE. — Le malade ne peut marcher seul, mais lorsqu'on le soutient il ne présente aucun caractère de démarche spasmodique, il semble talonner légèrement. Pendant la marche, il tient les bras en abduction presque horizontale, les avant-bras fléchis sur les bras, les mains fléchies et les doigts fermés dans la main.

Pendant la marche, le tronc se renverse quelques fois en arrière ou latéralement ; la tête est mûe de mouvements de rotations avec grimaces.

PIEDS. — Le pied droit, au repos, présente des mouvements de flexion et d'extension, les orteils présentent des mouvements analogues à ceux des doigts. Le pied gauche ne présente pas ces mouvements.

Réflexes rotuliens : Exagéré à droite.

Réflexes du poignet et du coude impossibles à vérifier à cause de la contractilité.

Réflexes plantaires : Flexion des deux côtés.

Les autres réflexes : (?)

Intelligence, jugement, mémoire, indemnes.

Pas de nystagmus.

Parole trainante, difficulté de prononciation, voix monotone peu modulée, pas de bégayement.

A L'EXAMEN AU LIT : Amyotrophie de la jambe gauche ; force musculaire conservée.

Force musculaire (extension) des membres supérieurs, diminuée à gauche. Normale à droite.

Force musculaire (flexion) des membres supérieurs, normale des deux côtés.

Abduction et adduction des bras, normales des deux côtés.

Extension du poignet : Normale à gauche, diminuée à droite.

Flexion du poignet : Normale des deux côtés.

Flexion des doigts : Diminuée des deux côtés, surtout à droite.

Extension des doigts : Diminuée des deux côtés, surtout à droite.

Pronation et supination peu résistantes.

Légère diminution de volume du bras gauche.

THORAX : Flexion et extension normales. A l'inspiration, le côté droit se soulève davantage que le gauche.

TÊTE : Rotation, flexion, extension normales.

Observation N° 7

V. de B..., 20 ans en 1902. Paralyse infantile.

A. H. — (?)

A. P. — Le malade doit être né à 7 mois $\frac{1}{2}$, ne sait rien sur la grossesse de sa mère ni sur l'accouchement. Il dit que dès

qu'il a pu marcher, il était déjà anormal « dans les mouvements de ses membres », il se tenait sur les orteils. A 3 ou 4 ans, il a eu des convulsions, mais ne sait pas si elles ont eu une influence sur sa marche.

A 5 ou 6 ans, il marchait sur les genoux en se traînant ; à 6 ans, section des deux tendons d'Achille à l'hôpital Saint-Joseph. Ensuite, il put marcher, mais on lui fit d'autres ténotomies (Dr Kirmisson) ; il avait marché jusque-là sans béquilles ; à partir de ce moment, il marche avec des béquilles (13 ans).

Le bras droit est paralysé aussi dans une certaine mesure depuis l'enfance.

Depuis l'âge de 13 ans, pas d'incidents.

A été à l'école communale, sait lire, écrire et compter, n'a pas son certificat d'études.

Etat actuel

MEMBRES SUPÉRIEURS. — Faiblesse très nette du membre droit, sans paralysie. Peut boulonner, écrire, etc.

MEMBRES INFÉRIEURS : On constate au niveau du bassin, une atrophie généralisée ; les membres inférieurs sont grêles et présentent une atrophie en jarretière très accentuée ; les pieds ont une légère tendance au varus équin. Les membres se croisent, le gauche au-devant du droit ; les jambes présentent un léger degré de rotation en dedans. Les jambes sont contracturées en demi-flexion sur les cuisses. Les cuisses sont libres autour de l'articulation de la hanche ; le malade peut les remuer spontanément.

Réflexes plantaires : En extension à gauche. Absent à droite.

Clonus du pied très net à gauche. Absent à droite.

Réflexes rotuliens : Forts.

Pas de réflexes crémastériens. Les testicules existent mais sont petits.

Les pieds présentent de la cyanose permanente.

THORAX : Traces de zona à droite de la ligne médiane ;

saillie angulaire à la base du sternum près de l'appendice xyphoïde. Légère cyphose.

Sensibilité indemne.

Paralysie transitoire du côté droit durant 10 minutes environ.

Pas d'anesthésie pharyngée, pas de diminution du champ visuel.

B. Service du D^r Vurpas (Epileptiques)

Observations consultées.....	195
Prématuré (sans renseignements).....	1

Ang. G..., naissance à 7 mois, à la suite de contrariétés de la mère très nerveuse, sujette aux syncopes (morte depuis accidentellement), grossesse pénible ; syncopes nombreuses.

Père représentant en liquides, alcoolique. Quatre blennorrhagies. Syphilis probable.

Pas d'autres renseignements.

Sur près de *treize cents cas*, telle fut la piètre récolte que nous pûmes recueillir dans ces deux grands services d'adultes dégénérés ou épileptiques. Il est vrai que le fait était aisé à prévoir, si l'on songe à la catégorie spéciale de malades auxquels nous nous adressions. Ces malades, aux facultés mentales plutôt débilés, ne pouvaient nous renseigner eux-mêmes que très peu, le plus souvent pas du tout sur les circonstances lointaines de leur naissance. Quant à leurs parents, les rares qui les possédaient encore, les avaient presque toujours perdus de vue, et les rencontrer eût été une bonne fortune qui, hélas, ne nous fut pas réservée.

C. Service du Dr Nageotte.

(HOSPICE DE BICÊTRE ET FONDATION VALLÉE. ENFANTS DÉGÉNÉRÉS)

Heureusement, le service de M. le docteur Nageotte devait nous être plus propice et nous réserver une moisson un peu plus abondante d'observations, dont le nombre et la richesse en renseignements, nous ont dédommagé du peu de fruit de nos recherches antérieures.

Cette section de l'hospice de Bicêtre comprend, sous la direction du même chef de service, un certain nombre de groupements dans lesquels nous avons retrouvé des prématurés :

A. ASILE-ÉCOLE DE BICÊTRE (GARÇONS)

1. — Service central (grande école)

Epileptiques	97	dont	3	prématurés
Imbéciles	91	—	11	—
Idiots	43	—	2	—
Incontinence noct. d'urine	5	—	1	—
Hémiplégies infantiles....	10	—	1	—
Paraplégies	7			
Hypospadias	1			
Infantilisme	28			
Surdité	1			
Démence	2			
Hydrocéphalie	1			
Macrocéphalie	1			
Convulsions	1			
Microcéphalie	1			
Chorée familiale	1			

2. — *Service des gâteaux*

Epileptiques	14	dont	0	prématuré
Imbéciles	3	—	2	—
Idiots	33	—	2	—
Mal. de Little.....	5	—	1	—
Paraplégie	4			
Hydrocéphalie	1	—	1	—
	60		6	

3. — *Infirmerie*

Confusion mentale.....	1	dont	0	prématuré
Idiotie	8	—	1	—
Imbécillité	8	—	1	—
Paralyse générale	4			
Epilepsie	4			
Athétose	1			
Myxœdème	1			
Rachitisme	1			
	28		2	

4. — *Isolement*

Infantilisme	7	dont	0	prématuré
Epilepsie	3			
Idiotie	10	—	2	—
Incontinence d'urine	2			
	22		2	

Soit, pour l'ensemble, 400 malades dont :

322 à terme.

28 prématurés.

20 sur lesquels les parents ne fournissent aucun renseignement.

30 enfants assistés nés de parents inconnus.

B. FONDATION VALLÉE (FILLES)

Observations consultées..... 230

Prématurées 18

Pas de renseignements..... 44

Prématurées avec détails sur l'accouchement.. 8

Soit en résumé, pour les deux services (garçons et filles) :

Obs. consultées.. 400 (garçons) + 230 (filles) = 630

Nés à terme..... 322 — + 186 — = 508

Prématurés 28 — + 18 — = 46 (1)

Pas de renseignements

sur la naissance.. 50 — + 44 — = 94

(1) Sur ces 46 prématurés, 16 (6 garçons et 10 filles) sont sans renseignements précis et n'offrent que des observations très incomplètes, que nous avons éliminées, pour ne publier que celles offrant un certain in-

térêt. Il nous reste donc, en définitive, 30 observations de prématurés (22 garçons et 8 filles), dont voici le détail :

QUESTIONNAIRE	GARÇONS																						FILLES									
	Ag... 1	Bar... 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Moi... 16	Nau... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Ber... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	Sei... 30		
Diagnostic	Idiot	Imbécile	Imbécile	Arrière	Idiot	Epileptique	Epileptique	Epileptique	Hydrocéphale	Imbécile	Imbécile	Arrière	Epileptique	Idiot	Imbécile	Idiot	Incontinence d'urine	Idiot	Imbécile	Idiot	Imbécile	M. de Little	P. G.	Imbécile	Epilepsie	Macrocéphale	Epilepsie	Idiot	Idiot	Imbécile		
Date et lieu de naissance	11 a. 1902 Paris	10-8-1893 Seine	30-1-1898 Seine	1-5-1903 Seine	6-8-1895 Paris	7-9-1895 Paris	6-9-1897 Paris	.....	24-7-1898 Paris	24-8-1897 Paris	6-2-1894 Paris	21-10-1901 Paris	29-2-1896 Paris	23-2-1896 Paris	3-8-1906 Paris	26-2-1909 Paris	23-3-1896 Paris	27-1-1899 Paris	6-1-1895 Paris	26-3-1900 Paris	9-9-1894 Paris	10-8-1899 Paris	7-2-1899 Paris	3-10-1894 Paris	1-10-1897 Paris	-1899	11-3-1898 Paris	22-4-1904 Paris	3-3-1891 Seine	6-12-1895 Paris		
Renseignements recueillis le :		1-12-1908	3-11-1908	31-10-1909	30-6-1910	12-12-1909	5-4-1908		22-10-1908	15-6-1910	26-10-1909	27-12-1908	7-7-1910	28-4-1911	7-4-1910	28-4-1910	3-7-1909	18-9-1908	13-2-1910	18-7-1909		25-7-1909	-1909	-1909	-1909	-1907	18-1-1909	-1909	-1909	24-6-1901	-1910	
Renseignements fournis par :	La mère	La mère	La mère	La mère	La belle-mère	Le père et la mère	La mère		La mère	Le père et la mère	La mère	La mère	La mère	Le père et la mère	La mère		La mère	La mère	Le père et la mère	Le père et la mère		La mère	Le père				La mère				Le père	
Antécédents personnels :																																
1° Etat de la mère pendant la grossesse. Maladies et traumatisme.	Couchée à 3 mois 1/2, à 5 m. menace de fausse couche arrêtée par des injections et des soins.	Constriction forte par corset pendant presque toute la grossesse.	Faiblesse, buvait beaucoup de café.	Chute au 8 ^e mois, déterminant l'accouchement.	Bien portante	Toujours très malade et très fatiguée pendant toute la grossesse.	Bien portante	Bien portante	Grande frayeur au 8 ^e mois, est tombée dans une cave.	A 6 mois chute sur le ventre de coups violents douleurs abdominales jusqu'à acc.	Bien portante	Vomissements à partir du 5 ^e mois, ne pouvait supporter que le vin blanc.	Au dernier mois violente frayeur, puis malade jusqu'à l'accouchement.	Chute à 7 mois sans accident, vomissements pendant toute la grossesse.	Céphalalgies	Malade pendant toute la grossesse, chute dans la rue au 6 ^e mois.	7 mois, gros traumatisme (une malle sur la tête) sync. puis rétablissement, fatigues, courbatures jusqu'à acc.	Bien portante	Pas de maladies, mais graves contrariétés morales.	Malade pendant toute la durée de la grossesse.	Bien portante	Chute à 3 mois dans un escalier, sans perte de connaissance.	Bien portante	Vomissements, 2 ^e au 6 ^e mois contractions, tentatives d'avortement. idées noires.	Chute à 4 mois et demi	Les 3 premiers mois, malade, garde le lit, vomis. jusqu'à la fin, maigrit de 8 kilogr. en 3 mois.	Frayeur à 4 mois (incurdie) hémorragies 1 ou 2 mois avant l'accouchement et au début du travail.	Chute dans escalier à 3 mois syncope, faiblesse, nausées fréquentes.	Pneumonie grave et pleurésie à 4 mois. Éthylisme 2 synsopes probablement éthyliques.			
Albumine ? Œdèmes ? Varices ? Hémorragies ?	Varices	Pas d'œdèmes, jambes 6 ^e mois.	Pas d'examen.	Rien	Varices	Rien	Pas d'examen.	Rien	Rien	Album. varices phlébite	Pas d'examen.	Pas d'examen, ni œdème, ni varices	Varices à la jambe droite.	Varices	Pas d'examen, ni œdèmes, ni varices	Rien	Pas d'examen, hémorragie.	Rien	Rien	Varices	Pas d'examen, œdèmes.	Rien	Rien	Rien	Albumin. pas d'œdème	Alb. ? pas d'œdèmes.	Rien	Rien	Rien	Rien		
Fatigues ?	Oui (santé)	Non	Non	Oui (travail)	Non	Oui (travail)	Oui (travail)	Non	Oui (travail)	Oui m. à cou-dre.	Oui (travail)	Oui	Oui (travail)	Oui empaquetteuse.	Non	Oui (santé)	Non	Oui (debout vendeuse)	Non	Oui (travail)	Oui	Oui ?	Non	Oui	Oui, fro-teuse	Non	Oui m. à cou-dre.	Non	Non	Oui		
Privations ?	Non	Non	Non	Oui (misère)	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui (misère)	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non		
Chagrins, ennuis de se voir enceinte ?	Oui grossesse	Oui grossesse tent. suicide.	Non	Non	Oui grossesse	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui, fille mère dé-laissée.	Non	Non	Non	Oui (deuil)	Oui, père tuberculeux.	Non	Oui	Oui (fille m.)	Non	Non	Non	Oui, tent. abortives	Oui	Non	Non	Non	Oui		
Etat des parents au moment de la conception (ivresse ?)	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Pèresouffrant.	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Père malade.	Bon	Bon	Bon	Bon	père : Σ dep. 4 a.	Ivresse pr. du p.	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon	Bon		
Renseig. sur les grossesses antérieures.																																
Voir ci-dessous aux renseignements complémentaires																																
2° Accouchements. — Prématurati-on ?	7 mois	8 mois	7 m. 1/2	8 mois	7 mois	7 m. 1/2	7 mois	6 m. 1/2	8 mois	8 mois	8 mois	8 mois ?	8 mois	8 mois	8 mois	7 mois	8 mois	7 m. 1/2	7 mois	8 mois	7 mois	7 mois	8 m. 1/2	8 m. 1/2	8 m. 1/2	8 m. 1/2	8 mois	7 mois	7 m. 1/2	7 mois		
Cause invoquée ?	?	?	Gemellité	Chute avec caisse de 50 kil.	?	?	Grande fatigue	A la suite d'un long voyage.	Frayeur, accident	Traumatisme	Gemellité	Chute	Frayeur	Chute un mois avant	?	Chute grave au 6 ^e mois	Traumatisme	Fatigues contrariétés	?	?	Chute	?	?	Chute à 4 m. 1/2	?	Frayeur	Chute	Emotions				
Présentation ?	Sommet	Sommet	Pieds	Sommet ?	?	?	Sommet	Sommet	Tête ?	Sommet	Sommet	Tête ?	Sommet	Sommet	Sommet ?	?	Sommet	Sommet	Siège	Sommet	?	Sommet	Sommet	Sommet	Sommet	Sommet	Sommet	Sommet	Sommet	Sommet		
Terminaison : Spontanée ? Forceps ? Version ?	Spontané	Spontané	Version	Spontané	?	Forceps	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Forceps, version, chloro-forme	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané		
Durée	3 h.	1/2 h.	4 h. 1/2	15 h. 1/2	?	11 h.	5-6 min. ?	10 h.	9 h.	?	1 h.	1 h.	10 jours douleurs 2 h.	2 h.	1 h.	8 jours douleurs 8 heures	4 h.	3 h.	6 h.	2 jours	99 h.	1 h	8 h.	5 h.	12 h.	2 h.	Long ?	20 min.	14 h.	1/4 h.		
Quantité des eaux	?	Grande	Petite hémorrh.	?	?	?	Beau-coup ? pertes pendant 2 jours	?	Petite	Normale	Grande	Grande	Grande	?	Très petite	Grande	Très petite	Petite	Petite	Grande hémorrh.	?	Grande	Petite	Normale	Normale	?	?	?	?	?		
Renseignements sur les acc. antérieurs.																																

Voir ci-dessous aux renseignements complémentaires

Voir ci-après aux renseignements complémentaires

QUESTIONNAIRE (Suite 1)	GARÇONS																						FILLES								
	Ag... 1	Bor... 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Moi... 16	Nau... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Ber... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	Sei... 30	
3. Etat de l'enfant à la naissance. — Était-il normal ?	Faible p. d'anus	Oui	Oui	Petit	Oui	Oui	Très petit otite	Petit	Oui	Très petit	Très petit	Oui	Petit	Petit	Hernie ombilicale	Oui	Oui	Petit	Très fort	Oui	Très petit	Très petit	Petite	Oui	Oui ciculaire	Fracture 1,3 infér. jambe dr.	Oui	Oui	Oui	Très petit	
Poids ?	?	?	2 k. 250	1.500 gr.	?	2 k. 500	?	?	?	1.500 gr.	1.500 gr.	?	2.000 gr.	1.750 gr.	3.000 gr.	1 500 gr.	?	1.930 gr.	?	4 kilo ?	1.500 gr.	Tr. petit	?	?	1.500 gr.	?	1.500 gr. ?	1.500 gr.	2.500 gr.	1.500 gr.	
Cri immédiat ?	Oui	Oui	Oui	Oui	?	?	Oui	?	?	Oui	Non	Oui	A peine	Oui	Oui	?	Non	Oui	Oui	Non	?	Oui	?	Oui	Oui	?	Oui	Oui	?	Oui	
Asphyxie ? bleue ? blanche ?						Bloue		?	Bloue		Bloue ? N'a crié que 48 h. après.		Bloue			Bloue (couverte)	Bloue			Bloue	?	Couveuse								Bloue	
Bosses sanguines.																															
Lésions cutanées (bouche, fesses, anus, mains, pieds)					Boutons sur tout le corps			Boutons sur la tête															Poitrine et memb. boutons suspects Liq. de V. Swieten.								
4. Développement. — A quel âge s'est-on aperçu que l'enfant n'était pas normal ?	8 mois	4-5 mois contractures	22 mois gesticulations	5 ans	6 semain. cris	8 ans	5 mois convuls.	7 ans	6 mois convuls.	3 ans, arrêt de dével. des jambes	6 mois	5 ans	Dès le début	4 mois convuls. hydrocéphalie	2 ans	Dès le début	9-10 ans	Dès le début	18 mois	2 ans spasmes	6 ans 1/2 Cris	18 mois de dével. des jambes	6 ans 1/2	Un an	2 ans	2 ans 1/2	2 ans	2 ans 1/2	?	?	
Nourriture : Mode ? lieu ? etc. ?	Sein maternel : 2 mois lait de vache : 3 ans	Lait de vache : 10 mois. Soupe et lait : 3 ans. Sein maternel : 15 j.	Sein maternel : 14 mois Soupe et lait : 2 ans	Sein maternel : 6 mois Nourri à Paris au biberon	Biberon. Chez nourrice à Clermont-Fer.	Lait de vache ?	Sein nourrice, 14 mois à la campagne	Biberon à la campagne	Sein maternel : 2 ans	Gavage lait mat. 8 jours, puis sein mater. 2 ans 1/2	Mixte : sein maternel la nuit lait de vache le jour	Biberon ?	Sein maternel : 9 mois lait stérilisé	Sein maternel : 14 mois Allaitement mixte jusqu'à 19 mois	Sein maternel 16 mois	Lait stérilisé chez les parents	Sein maternel	Lait stérilisé (couveuse 2 mois)	Biberon chez la grand'mère	Biberon à la campagne (Blois) mangeait aussi des pommes de terre	Biberon chez la grand-mère maternelle	Lait de vache 18 mois	Sein maternel 11 mois	Sein maternel la nuit 4 mois et lait ordinaire le jour 5 mois.	Sein nourrice inconnue 6 mois, biberon probable, sevré à 18 mois.	Sein mat. : 6 jours. Nourrice inconnue. Biberon jusqu'à un an.	Sein maternel 18 mois	Sein maternel 18 mois (envelop. ouaté)	Sein maternel 20 mois	Sein mat. 1 mois, ensuite biberon à la campagne chez parents	
Privations en bas âge ?	Mal. qq. m. dep. bien portant.		Faible constitut.	Bonne			Bonne		Bonne	Bonne	Bonne		Bonne	Bonne	Bonne		Aném. au 14 m. fait ces. l'al. au sein.						Bonne	?	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne		
Administration de liquides alcooliques en bas âge ou plus tard ?												Café-au-lait le matin dep. la 2 ^e année.								1 cueil. café eau-de-vie p 1 m. à 18 m. (ord du doct.)									eau-de-vie café		
Fermeture des fontanelles ?	?	?	8 mois	5 ans	?	?	?	?	?	3 ans	7 ans	?	?	?	3 mois	3 ans 1/2	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Dentition : date de la 1 ^{re} dent, évolution de la dentition.	2 dents 5 mois	1 d. 7 m., évolution rap. des autres.	2 dents 6 mois	1 dent 21 mois 4 dents 3 ans 1/2	?	?	?	?	1 dent 6 mois	1 dent 6 mois	1 d. 1 an	1 d. 1 an	1 dent 6 mois	1 d. 10 m puis dent. norm.	1 dent 8 mois	1 dent 9 mois	Précoce ?	1 d. 11 m.	1 d. 13 m. convuls. méningit.	1 d. 11 m. incis. artific. des gencives.	?	1 d. 6 m. convuls. p. évolut. normale	1 d. 8 m.	1 d. 18 m.	1 d. 11 m.	1 d. 2 ans	1 d. 6 m.	1 d. 8 m.	1 d. 5 m. complète à 20 mois	?	
Propreté.	Jamais	2 ans	Jamais	?	Jamais	18 mois	4 ans	Encore incompl.	Jamais	2 ans	5 ans	6 ans	Jamais	?	Jamais	Gâteux	11 mois	2 ans	Jamais	8 ans	7 ans	Jamais	13 mois	Jamais	18 mois	15 mois		4 ans	6 ans 1/2	?	
Marche normale ? anormale ? date ? description ?	A 3 ans 1/2 marche très difficilement	N'a jam. marché, contractures et atrophie des membres inférieurs	22 mois	2 ans 1/2	3 ans	18 mois	16 mois 1/2 A touj. marché sur les pointes	18 mois	Jamais	Jamais. Atrophie du pied gauche	16 mois	2 ans	22 mois	?	2 ans	5 ans 1/2. Marche par intermitt, toujours difficilement	De bonne heure, 11 mois	2 ans	2 ans	3 ans	5 ans	3 ans	2 ans toujours difficilement	15 mois	9 mois	14 mois	2 ans 1/2	45 mois	4 ans	2 ans 1/2	22 mois
Parole : date ? netteté ? progression ?	Nulle	Très embarrassée	N'a 6 mois. N'a fait guère de progrès	3 ans. Parle bien depuis 4 ans 1/2	N'a jamais parlé	2 ans	2 ans	18 mois	Ne dit que « maman »	Distinctement depuis 3 ans	3-10 ans quelques mots. N'a pas fait de progrès depuis 5 ans	6 ans	4 ans, quelques mots. N'a pas fait de progrès depuis 5 ans	?	2 ans	Ne dit que « maman »	Précoce 11 mois	Correctement à 3 ans	N'a jamais parlé	7 ans, Parle très mal	?	Un an	Un an	8 ans	17 mois	18 mois	2 ans 1/2	45 mois	2 ans 1/2	N'a jamais parlé	Précoce ?
Ecolage. — Age ?	10-13 ans		A 6 mois. Turbulent	3 ans		5 ans 1/2	5 ans 1/2	7 ans		st jamais allé à l'école	3-8 ans	N'a jamais pu rest. dans une école	N'est jamais allé à l'école	N'est jamais allé à l'école	4 ans 1/2	N'est jamais allé à l'école	6 ans ?	7 ans		7 ans, Parle très mal	9 ans	N'est jamais allé à l'école	2 a. - 6 a.	Jusqu'à 13 ans	N'est jamais allé à l'école	N'est jamais allé à l'école	?	?	N'est jamais allé à l'école	Ne connaît que les caractères des aveugles. N'écrit pas	
Lieux.	Nul	Ecole commun.	Gâteaux	Asile			Dans le Loiret	?			Asile et ?	N'a jamais pu rest. dans une école	N'est jamais allé à l'école	N'est jamais allé à l'école	Asile	N'est jamais allé à l'école	Asile p. éc. com.	A la campagne		N'est jamais allé à l'école	Ecole commun.	N'est jamais allé à l'école	Asile		N'est jamais allé à l'école	N'est jamais allé à l'école	?	?	N'est jamais allé à l'école		
Intelligence.		Médiocre écrit, en miroir.	A peu pr. nulle			Médiocre	Médiocre	Faible			Faible			Médiocre	0	0	Bonne	Arrière	0	Faible	Arrière	0	Médiocre	Faible		0	Médiocre	Médiocre	0	?	
Application.		Aime l'éc.	id	id		T. faible	T. appliq.	Nulle			Bouffon			Faible	0	0	Bonne	Faible	0	Faible	Faible	0		Assez							

QUESTIONNAIRE (Suite II)	GARÇONS																						FILLES							
	Ag... 1	Bar... 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Mor... 16	Nau... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Ber... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	Sei... 30
Caractère :	Gai	Doux	Doux	Gai violent	Turbulent	Doux	Violent, coléreux, turbulent	Triste renfermé, doux coléreux	?	Changeant	Turbulent	Turbulent	Triste renfermé	Gai coléreux	Violent turbulent changeant	?	Renfermé violent turbulent apathique.	Gai sociable	Turbulent	Gai coléreux	Renfermé pensif	Gai coléreux turbulent	Gaie apathique	Gaie	Douce	Turbulente	Triste renfermée apathique.	Gaie coléreuse turbulente	Violente coléreuse turbulente	Gaie
Sentiments familiaux :	Aime sa famille	Affectueux	Affectueux	Affectueux	0	Aime ses parents	Mauvais sentiment pour sa mère	Peu démonstratif	0	Affectueux	Affectueux	Affectueux	0	Affectueux	Affectueux	Affectueux	0	Affectueux	0	Affectueux	0	Affectueux	Affectueuse	Affectueuse	0	Affectueuse	Affectueuse jalouse	Affectueuse	Affectueuse	Affectueuse
Sentiments envers les camarades :	Doux	Doux	Doux	Doux	0	?	Mauvais	Doux	0	Vit à l'écart	N'en a pas	Brutal	N'en a pas	Taquin	Doux parfois fr. viol.	Doux	0	Doux	0	Méchant jaloux	Doux	0	?	?	?	?	Douce	Caresseante	?	?
Impulsions :					Cassait et brisait tout			Cassait et brisait tout								Renverse tout ce qui ne lui plaît pas				Frappait sa mère						Pyromanie cass. tout vaniteuse		Pyromanie		
Fugues et vagabondages :			Une ou deux fois pour une heure ou deux	Souvent démissionnées école buisson		Une fugue de 4 jours	Une fugue de 2 jours						Souvent inconscient		Deux fois		Une fugue de 24 heures		Deux fugues inconsc. faillit se noyer		Souvent inconscient			Deux fois						
Vol (nature et au préjudice de qui ?) :								A pris assez souvent de l'argent à sa mère		Chez lui seulement par gourmandise							Tendance au vol		Prit à sa mère une fois 20 francs et deux fois 0 fr. 50.							Par gourmandise		Volait tout chez elle par gourmandise.		
Mensonges (sans motif et pour s'excuser) :				Très menteur		Très menteur	Très menteur	Tr. ment sans motif									Très menteur													
Brutalité envers les personnes :					Très brutal							Très brutal			A failli étrangler sa sœur															
Brutalité envers les animaux :					En a peur						Les martyris.	En a peur	Les martyris.				Les martyris.													
Appétits sexuels - Onanisme	Onanis. très fréquent			Onanis., dep. l'âg. de 3 ans		Assez fréquents	Onanisme		Onanis., dep. l'âg. de 6 ans.	Onanisme			Onanis., depuis l'âge de 3 ans	Onanis., rare				Onanis. dep. l'âg. de 2 ans			Onanis. dans le jeune âge	Onanisme		Onanisme dans le jeune âge		Onanisme		Onanisme		Onanis., leucorrh. très vicieuse très accentuée
Ressemblance physique :	Père	Père	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère	G.-père paternel	Mère	?	Mère	?	Oncle	Père	Père	Mère	Mère	Père	P. et M.	Mère	?	Père		Père	?	Père	Père	?
— morale :	Père	?	?	Mère	?	Père	Père	?	?	Père	?	?	?	?	?	?	?	Mère	?	Père	Mère	?	?	?	?	?	?	?	?	?
diés. — Ictère des nouveau-nés, rougeurs, boutons, gourme :					Oui boutons gourme	Pas d'I., bout. aux pieds et aux mains		Pas d'I., poussées d'urticaire				Pas d'I., gourme à 7 ans (St-Louis)	Pas d'I., gourme aux mains et aux pieds			Pas d'I., gourme à 4 ans	Pas d'I., gourme pendant 3 ans	I. à 1 m. ganglions ? au bras et à la jamb.		Pas d'I., gourme à 5 ans pendant 2 mois	Pas d'I., gourme à la figure vers 2 a.			Ictère gourme vers 8-9 ans			Ictère ?		?	
Diarrhée du premier âge; y a-t-il eu amaigrissement considérable ?		Au sevrage, 15 j., vomissem., amaigrissem. rapides pendant 4-5 jours.	Diarrhée grave		?		Jusqu'à 4 mois	Très fréquente pas d'amaigrissement		Diarrhée verte après la naissance ?	Au moment de la dentition seulement	Diarrhée fréquente dans le premier âge	Diarrhée verte à 6 mois dentition					Diarrhée fréquente amaigrissement transitoire							Diarrhée verte à 2 ans, amaigrissement notoire.	Diarrhée verte à 2 ans, amaigrissement notoire.				
Faux croup ?						?																								
Maladies infectieuses et autres ?	Rougeole 2 ans	Vari. 2 m. Scar. 2 a. 3 ans 4 ans 5 ans 6 ans 7 ans	Rougeole 4 ans		?	Varicelle 7 ans	Rougeole et bronch-pneumonie à 4 ans	Rougeole 6 ans 12		Rougeole 8 ans Varicelle 9 ans	? à 4 ans vu 14 médecins Rougeole ensuite	Rougeole 1 an 1/2 Varicelle 6 ans	Ophtalm. et olite à 9 mois Péritonit. tubercul. à 5 ans	Ophtalm. 1 mois convuls. 4 mois fièvre sueurs	Broncho-pneumo. à 5 ans Rougeole à trois reprises maux d'yeux méning. ? à 4 ans 1/2	Bronchit. tous les hivers Rougeole 3 ans Coquelu. 3 ans Varicelle 2 ans	Roug. 4 a. deux fois coquelu. 4 ans puis broncho-pneumo. adénite inguinale à 10 ans	Rhumes fréquents coquelu. à 8 ans pneumo. et roug. à 9 ans		Rougeole 1 an coquelu. 3 ans bronchit.	Bronchite vers 6 ans		Bronchite vers 4 ans	Rougeole 9 ans scarlatin. 10 ans angines et adénites	Varicelle à 4 ans	Gastro-entérite à 2 ans rougeole varicelle	Rougeole à 4 ans			Plusieurs rougeoles coquelu. scrofule
Intoxications ?																														
Accidents, frayeurs ?											Vers 8 a. eut la tête prise ent. un fiacre												A 6 a. 12 est env. par bicy. p. de bles.							

GARÇONS																							FILLES							
QUESTIONNAIRE (Suite III)																														
	Ag... 1	Bar... 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Mor... 16	Nan... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Ber... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	
Convulsions : Date ? à la suite de ? fébriles ? autres détails ?	?			De 6 mois à 3 ans, 3 convulsions par semaine environ, ont cessé depuis l'âge de 3 ans.	Crises au moment de la dentition	De 7 à 11 ans	De 3 jours à 5 ans fréquentes en nourrice		Une seule fois à 6 mois, à la suite d'une poussée dentaire.	I. A 2 jours : 3 en 24 heures. II. A 5 ans pendant 10 jours : fièvre, délire, 2 ou 3 crises.		A deux ou trois mois crises bénignes	De 6 mois à 4 ans, crises très fréquentes, jusqu'à 18 par jour. Rarement 2 jours sans en avoir.	A 4 mois et à 1 an, puis 2 ou 3 dans la suite.		Vers cinq ans, plusieurs crises au moment de la dentition.			A 13 mois, au moment des premières dents.	En naissant et les premiers jours, puis crises nombreuses dans la suite.	Vers 1 ans 1/2, méningite ?	A la première dent, puis à 4 ans (en nourrice).	Faiblesse progressive des jambes depuis 7 ans.	A 3 ans, crises pendant une huitaine de jours.	A 5 mois ?			A 8 mois, puis à chaque éruption dentaire jusqu'à 2 a. 1/2, reste muette 3 ou 4 mois, dernière crise : paralysie gauche.	A 2 ans, mouvements cloniques, face violette 5 minutes, seule crise.	
Paralysies		Paralysie de la main droite, sensible congénitale.	Paralysie d'un seul bras 2 heures après la naissance.							Paraplégie remontée à 5 ans																				
Accès d'épilepsie	1 ^{er} Accès, août 1907 à 41.						Première crise à 8 a. 1/3 environ, 6 par semaine surtout la nuit.	2 fois par jour au plus, 1 fois par semaine au moins, 2 ou 3 accès épileptiques avec miction.					Crises depuis l'âge de 4 a.							De 18 mois à 5 a. plus fréquentes, deviennent à la suite de fortes convulsions hémiplégiques gauche.		M. de Little, débilité ? Enfant étant en nourrice.								
Cauchemars et peurs nocturnes.				Rêves Somnambulisme			Cauchemars nocturnes			Cauchemars toutes les nuits jusqu'à 14 ans		Cauchemars toutes les nuits	Cauchemars, crises																	
Incontinence d'urine	gâteux			Nocturne à intervalles irréguliers.	Diurne et nocturne, chaque nuit.			Nocturne rare		Nocturne irrégulièrement.	Nocturne irrégulièrement			?	Nocturne chaque nuit		Nocturne tous les hivers. Samé-re et un oncle idem.		Diurne et nocturne			Gâteux	Nocturne chaque nuit			Gâtisme nocturne				
Cause à laquelle les parents attribuent l'état de l'enfant.	Fausse couche, fœtus macéré 2 m. avant grossesses, actuel.	Constriction par corset.	Ethylisme paternel frayer maternelle	?	Hérédité maternelle nerveuse ?	?	Ethylisme du père et du g. père paternel.	?	Frayeurs maternelles	?	?	Alcoolisme paternel	Frayeurs maternelles	?	Père a été aux colonies	?	?	Tuberculose paternelle	Surmenage et contrariétés maternelles	La mauvaise grossesse.	La naissance prématurée	Convulsions	Frayeurs maternelles	?	nervosisme maternel	?	?	?	Difficulté d'alimentation au début de la vie.	
Précédents familiaux : Age à la naissance de l'enfant	50 ans	64 ans	26 ans	40 ans	30 ans	33 ans	20 ans	26 ans	28 ans	31 ans	36 ans	21 ans	28 ans	28 ans	37 ans	27 ans	27 ans	28 ans 1/2	38 ans	21 ans	20 ans	27 ans	31 ans	46 ans	28 ans	40 ans	35 ans	33 ans	41 ans	
Profession	graveur sur cuivre	Cultivateur	Employé chemin de fer	Chaudronnier	Ferblantier	Garçon de Magasin	Charcutier	Maçon	Employé de chemin de f.	Electricien	Homme de peine	Monteur en bronze	Garçon de café	Employé d'octroi	Ebéniste	Matelasier	Homme de peine	Employé de commer.	Pâtissier	Représ. de Comm.	Journalier	Livreur	nettoyeur de glaces	Journalier	Mécanicien	Relieur	Serrurier	Télégraphiste	Employé chemin de fer	
Pays d'origine	Paris	Seine	Lorraine	?	Nièvre	?	Bordeaux	Haute Saône	Alsace-Lorraine	Paris	Lorraine	Paris	Auvergne	Paris	Paris	Nord	Aube	Paris	Lyon	Maison-Alfort	Paris	Cantal	Seine	?	Vienne	?	Paris	Alsace	?	
Intoxications (Alcool, café, vin, etc).	Ne boit pas ?	Pas de liq. beaucoup de vin le dimanche	S'ennivre 2 fois par m. environ	Ne boit que accidentellement.	Sobre	Sobre	Alcoolique alcool et vin	S'ennivre quelques fois	A bu absinthé au régiment ne boit plus	2 litres 1/2 de vin par jour	?	Très alcoolique, tous les jours ivre	Jusqu'à 32 petits verres par j.	A bu beaucoup, boit moins	Sobre ?	Grand buveur de vin	Sobre	Sobre	Sobre	Buveur accidentellement	Grand buveur, vin, alcool, etc.	Sobre	Sobre	Sobre	Alcoolique	Sobre	Sobre	Sobre	Sobre	
Maladies (Σ en particulier)	Σ ? migraines	Σ ? Rhumatisme, + de ?	?	?	0	0	?	Σ ? varicelle à 20 ans	0	?	Σ 26 a. int. tuberculé à Ville Evrard, délire, persé.	Σ ? 30 a. tuberculé aux nerfs	Σ ? 37 ans cure radicale de hernie	Paludisme aux colonies	Blennorrhagie à 27 ans.	Σ ?	Σ ?	Σ ?	0	0	Pleurésie à 24 ans	Σ ? pas d'érupt. traitement 1 a.	0	0	0	0	Plusieurs congestions avec syncope sanguin	Σ ? typhoïde au service milit.		

QUESTIONNAIRE (Suite IV)		GARÇONS																				FILLES										
		Ag 1	Bor. 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Moi... 16	Nau... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Ber... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	Sci... 30	
Père (suite)	Intelligence.	Intellig.	Intellig. moyenne	Faible	Intellig.	?	Ordinaire	Intellig	Faible	Moyenne	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale	Faible	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale	Faible	Moyenne	Faible	?	?	?	?	?	?	?
	Caractère.	Calme	Gai	Violent	Calme	Nerveux	Doux	Doux	Violent	Violent	Violent	Violent	Brutal	Violent	Bon	Violent	Sournois, est à Fresnes (vol)	Très bon	Pensif	Doux	Nerveux	Violent	Doux	Doux	?	Doux	Nerveux	?	Calme	?	?	
	Examen physique.			Robuste											Normal										Réflexes pupil. normaux r. rotu- liens fort.							
Mère	Age à la naissance de l'enfant.	37 ans	43 ans	25 ans	22 ans	28 ans	28 ans	18 ans	21 ans	23 ans	32 ans	34 ans	19 ans	23 ans	26 ans	37 ans	29 ans	21 ans	24 ans	31 ans	21 ans	19 ans	21 ans	25 ans	43 ans	28 ans	42 ans	31 ans	26 ans	40 ans	32 ans	
	Profession.	?	Culti- vatrice	Ménagère	Jour- nalière	Blan- chisseuse	Cou- turière	Jour- nalière	Ménagère	Ménagère	Mécani- cienne	Ménagère	Riveuse	Ménagère	?	Ménagère	Mate- lassière	Ménagère	Employ. de commer.	Pâtissier.	Employ.	Blan- chisseuse	Ménagère	?	Allume- tière	Ménagère	Relieuse	Ménagère	Confec- tion	Ménagère	Employ. de commer.	
	Pays d'origine.	Flandres	Meuse	Lorraine	St-Ouen	Auvergne	Châtenay	Paris	Haute- Saône	Haute- Saône	Nièvre	Lorraine	Paris	Bretagne	Creuse	Paris	Somme	Suisse	Bourges	Paris	Loir-et- Cher	Paris	Cantal	Vendée	?	Luxem- bourg	?	Norman- die	Paris	?	Normandie Vin Alcool Absinthe éthylism.	
	Intoxication (al- cool, café ?)	?	Sobre	Beau- coup de café	Sobre ?	?	Sobre	Sobre	Sobre	Sobre	?	?	Sobre	?	?	?	?	Sobre	Sobre	Sobre	?	?	Sobre	Sobre	Café pituites	Sobre	Sobre	?	?	Sobre		
	Maladies (Σ en par- ticulier).	Eczéma à la face fréquent pas d'Σ	Migraines		Kystes aux ovaires opérés en 1909	?	0	0			Migraines		0	?		0	Bronchite dans le jeune âge Marché à 3 ans	Rhumatismes formants	Nerveuse	0	?		0	Typhoïde à 17 ans Σ ?	Pneumonie, Σ pro- bable, paral. facia- l, angines, chute de chev., céphalalgies	Nervosisme, rein mobile		Rougeole, scarla- tine, typhoïde, nervosisme	0	?	Typhoïde, migrai- nes à la mens- truation	Varole à 7 ans. pneumonie peu- dant cette gros- sesse
	Intelligence.	Bonne	Moyenne	?	Faible	?	Moyenne	Bonne	?	Faible	?	Moyenne	Minus	?	Normale	?	Minus	Normale	Bonne	Bonne ?	?	Faible	Moyenne	Faible	?	?	?	Normale c.d'étude	Faible	?	?	
	Caractère.	Calme	Gai	?	Violent	?	Doux	Violent	?	Nerveux	Violent	Calme	?	Violent	Bon	Calme	Violent	?	?	Violent	Gai	Doux	Violent		?	?	?	?	?	Doux	Violent	
	Examen physique.			Faible											Normal									Aspect PG	Robuste							
Consanguinité des parents.		Non	Non	Non	Non	Non	Cousin- germain	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Cousins- germain	Non	Non	Non	?	Cousins éloignés	Non	Non	Non	
Différence d'âge des parents.		13 ans	21 ans	Un an	18 ans	2 ans	5 ans	2 ans	5 ans	5 ans	1 an	2 ans	2 ans	5 ans	2 ans	Même âge	2 ans	6 ans	4 ans	7 ans	Même âge	1 an	6 ans	6 ans	3 ans	Même âge	2 ans	1 an	7 ans	1 an	5 ans	
Frères et sœurs.																																
Voir aux renseignements complémentaires ci-après :																																
Autres parents :																																
Maladies nerveuses.		0	0	0	0	0	0	0	G.-père paternel cécité ?	0	0	Tante paternel. s.-muette nerveuse	0	G.-père maternel PG	G.-mère pater- nelle	0	Ascen- dants paternels nombr.	Tante matern.	G.-père paternel	0	Ascend. paternels tous nerveux	0	Cousin d. g.-père interné à V.-Evvar.	0	0	0	Oncle maternel	0	?	?	0	
Maladies mentales.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Cousin- germain de la mër. interné à Bicêtre	Tante du père internée à la Salpêtriè.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tante matern.	0	0	?	?	0		
Bizarrerie de caractère.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 proch. parents paternels sourds- muets	0	0	G.-père maternel	0	0	Oncle maternel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	0		
Tuberculose.		0	0	0	0	0	0	G.-mère matern. morte à 28 ans	0	Ascen- dants matern. nombr.	Sœur de la mère	0	0	0	0	0	0	0	0	0	G.-père et tante paternels	G.-père paternel	0	G.-père maternel	Deux oncles paternels	Cous.ger. paternels oncles et tantes matern.	G.-père maternel	G.-père maternel ?	?	?	0	
Alcoolisme.		0	0	0	G.-père maternel	0	0	G.-père paternel	Ascen- dants paternels	Frère du père	G.-père paternel	0	G.-père paternel	0	G.-père maternel	0	G.-pères paternel et maternel	0	G.-père paternel	0	Arrière grand-pè- re pater- nel	0	0	0	0	0	?	?		Mère grands- par. ma- ternels oncles et tantes matern.		

QUESTIONNAIRE (Suite V)

GARÇONS

FILES

[illegible]

GARÇONS																							FILLES							
QUESTIONNAIRE Suite VII	Ag... 1	Bar... 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Mor... 16	Nau... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Be... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	
Sensibilité.							Douleurs dans les doigts, douleurs dans les membres							Normale			Normale				Normale			Normale	Normale		Normale	Normale	Normale	Normale
Réactions mécaniques, élec- triques.														Normales																
Œil et pupille.							Normal		Normal	Strabis- me ex- terne		Normal		Normal			Normal	Strabis- me in- terne						Pupilles petit, dé- formées immobi- les	Normal		Légère myopie	Ne voit pas les obstacles	Réflex. pupillair. affaibli à gauche	
Langue et prononciation.	0						Voix gutturale un peu enrouée. Tendance à crier en parlant.		Cris inarticulés			Normales		Satisfaisantes	Se fait compren- dre mais n'articule pas.	0	Normales	Normales			Parole lente	Parle, mais patois Auvergnat ?	Incompréhensible chuchote conti- nuellement	Normale		Défectueuses	Parole lente, nasillarde, voix basse	0		
Sphincters			gâteux													gâteux						gâteux	gâteuse							gâteuse
Mensurations du Crâne et de la face																														
Circonférence horizontale max.				51 cm. 5	47 cm.	50 cm. 0		55 cm. 5	54 cm. 5	50 cm. 5	51 cm. 0	51 cm. 0		56 cm.	47 cm. 5	49 cm. 0	53 cm. 0	49 cm.	48 cm.	52 cm. 5	53 cm. 0	52 cm. 0								
Demi-courbe antér. (pré-sus-auric.)				23 cm. 5		24 cm. 0		26 cm. 5	26 cm. 0	24 cm. 5	24 cm. 0	25 cm.		13 cm.	22 cm. 5	23 cm.	26 cm. 0	23 cm.		25 cm. 5		26 cm. 0								
— — postér. rétro-s-auric.)				28 cm. 0		26 cm. 0		28 cm. 0	28 cm. 5	26 cm.	27 cm.	26 cm.			25 cm. 0	26 cm.	27 cm. 0	25 cm.		27 cm. 0		26 cm. 0								
Diamètre antéro postérieur max.				17 cm. 4	16 cm.	17 cm. 2		18 cm. 4	18 cm. 9	17 cm.	17 cm. 9	17 cm. 8.		19 cm.	16 cm. 4	16 cm. 3	17 cm. 7	16 cm. 3	18 cm.	17 cm. 8	19 cm. 7	17 cm. 5								
— métopique				17 cm. 5		17 cm. 2		18 cm. 7	18 cm. 7	16 cm. 6	17 cm. 9	17 cm. 8			16 cm. 5	16 cm. 4	17 cm. 8	15 cm. 8		17 cm. 8		17 cm. 6								
— transverse				14 cm. 4		14 cm. 2		15 cm. 6	15 cm. 4	14 cm. 0	13 cm. 7	14 cm. 2			13 cm. 4	15 cm. 8	15 cm. 7	15 cm. 9		15 cm. 2	11 cm. 6	14 cm. 9								
Indice céphalique $\frac{D \text{ T-max} \times 100}{D \text{ A P max.}}$																														
Hauteur du front				4 cm. 5	4 cm. 5	6 cm. 0		6 cm. 0	7 cm.	5 cm.	4 cm. 6	5 cm. 5			5 cm. 9	5 cm. 7	4 cm. 9	6 cm. 0	5 cm.	5 cm. 5	5 cm.	5 cm. 8								
Diamètre frontal minim.				10 cm. 8	12 cm.	10 cm. 3		11 cm. 3	11 cm. 3	11 cm. 3	10 cm. 5	10 cm.		7 cm.	10 cm. 4	10 cm. 2	10 cm. 8	11 cm. 0		11 cm. 6		12 cm. 4								
— vertical sus auriculaire				11 cm. 5		10 cm. 5		12 cm. 3	12 cm. 5	12 cm.	13 cm. 0	10 cm. 7			11 cm. 5	11 cm.	12 cm. 5	12 cm. 0		13 cm. 0		11 cm. 5								
Oreilles {	Diamètre vertic. gr. axe			5 cm. 3		6 cm. 2		6 cm. 5	5 cm. 8	6 cm.	5 cm. 3	5 cm. 8			5 cm. 0	5 cm. 5	6 cm. 2	6 cm. 0		5 cm. 7	5 cm. 5	6 cm. 6								
	— horiz. p. axe			3 cm. 3		3 cm. 7		3 cm. 5	3 cm. 3	3 cm. 5	3 cm. 0	3 cm. 4			2 cm. 9	3 cm. 3	3 cm. 6	3 cm. 7		3 cm. 5	3 cm.	3 cm. 8								
Nez... {	Hauteur...			4 cm. 0		4 cm. 7		5 cm. 5	4 cm. 6	4 cm.	4 cm. 2	5 cm. 6			2 cm. 9	3 cm. 3	4 cm. 8	5 cm. 8		4 cm. 6		4 cm. 8								
	Largeur...			3 cm. 2		3 cm. 2		3 cm. 4	3 cm. 1	3 cm. 2	3 cm. 2	2 cm. 8			2 cm. 7	2 cm. 5	2 cm. 7	2 cm. 7		3 cm. 4		3 cm. 8								
Yeux... {	Dia. inter-oculaire			3 cm. 0		3 cm. 1		3 cm. 2	2 cm. 5	2 cm. 6	3 cm.	2 cm. 8			2 cm. 6	2 cm. 7	2 cm. 8	2 cm. 6		2 cm. 8		3 cm. 1								
	— bi-oculaire externe.			8 cm. 8		9 cm. 4		9 cm. 8	8 cm. 9	8 cm. 7	9 cm. 5	8 cm. 7			8 cm. 2	9 cm. 4	9 cm. 0	9 cm. 0		9 cm. 0		10 cm. 1								
Bouche {	Dia. osculatoire			4 cm. 3		5 cm. 0		4 cm. 6	4 cm. 9	5 cm. 2	4 cm. 7	4 cm. 5			4 cm. 1	4 cm. 2	4 cm. 9	4 cm. 7		4 cm. 4		5 cm. 2								
	Hauteur lèvre supérieure			1 cm. 4		2 cm. 2		2 cm. 0	1 cm. 2	1 cm. 9	1 cm. 7	2 cm. 2			1 cm. 8	1 cm. 8	1 cm. 7	1 cm. 9		1 cm. 4		1 cm. 5								
Hauteur de la face : Ophryo-alvéol.				6 cm. 1		7 cm. 4		7 cm. 5	6 cm. 6	8 cm. 1	7 cm. 8	7 cm. 3			6 cm. 4	6 cm. 2	7 cm. 6	8 cm. 1		6 cm. 5		7 cm. 9								

QUESTIONNAIRE (Suite VIII)		GARÇONS																						FILLES									
		Ag... 1	Bar... 2	Big... 3	Cho... 4	Del... 5	Des... 6	Do... 7	Du... 8	Ein... 9	Fer... 10	Fra... 11	Gi... 12	Le P... 13	Ler... 14	Lim... 15	Mor... 16	Nau... 17	Per... 18	Re... 19	Ro... 20	Tou... 21	Vay... 22	Ber... 23	Du... 24	Gir... 25	Her... 26	Men... 27	Pun... 28	Ro... 29	Sei... 30		
Renseignements complémentaires recueillis par nous (décembre 1910-juin 1911), fournis par :		La mère	La mère	La mère	La mère			La mère	La mère	La mère																							
Antécédents héréditaires de la mère :	Père :	Mort 79 a. congest. pulmon.	Bien portant	Mort ??	Bien portant			Mort 16 a. pneum. ?	Bien portant	Mort 35 a. typhoïde	Bien portant	Mort 59 a. cancer à la langue	Bien portant		Bien portant	Mort 59 a. pneu- monie		Malade ?	Bien portant	Mort 53 a. congest. pulmon.	Bien portant			Bien portant	Mort 48 a. phtisique		Mort 54 a. delirium tremens	Mort 41 a. phtisique	Mort 48 a. phtisique	Mort 40 a. ?	Mort 77 a. ?	Bien portant	
	Mère :	Mort 41 a. ?	Bien portante	Mort ??	Morte ?			Mort 28 a. phtisie	Bien portante	Vivante	Mort 52 a. kyste ?	Bien portante	Bien portante		Bien portante	Bien portante		Mort 46 a. de ?	Bien portante	Bien portante	Bien portante			Bien portante	Mort 29 a. suites de couches		Mort 39 a. phtisique	Mort 62 a. cancer	Mort 37 a. trauma- tisme	Mort 47 a. ?	Mort 68 a. congest. pulmon.	Mort 73 a. ?	
	Frères et sœurs :	3 frères bien portants	4 frères 1 sœur bien port.	0	1 fr. et 1 s. b. port. 1 fr. jum. mort jeu.			1 sœur b. port.	4 frères b. port. 1 s. morte jeune	1 fr. et 1 s. bien port.	7 frères b. port. 3 morts en b.-âge	7 frères b. port. 1 fr. mort d'accid.	1 sœur bien port.		1 fr. et 1 s. b. port. 4 morts jeunes	5 fr. ou s. b. port. 1 mort jeune		7 frères vivants 4 morts ?	4 fr. viv. 1 mort à 5 mois co- queluche	2 fr. viv. 2 s. mort. en couch. 11 morts jeunes	5 frères vivants 1 mort accident		3 fr. viv 6 morts jeunes	1 s. et 2 fr. bien portants	2 fr. 2 s. b. port. 1 mort 5 a. 1 mort-né	1 frère nerveux	0	1 frère bien port.	3 frères b. port 1 mort jeune	6 fr. et s. b. port.			
	A marché à :	?	15 mois	15 mois	16 mois			1 ans	?	1 an	10 mois	9 mois	?		15 mois	13 mois		?	9 mois	11 mois	1 an		?	9 mois		?	14 mois	?	9 mois	1 an	1 an		
Antécédents physiologiques de la mère :	A toujours bien marché :	Oui	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non rachitis, a porté l'appareil		Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui		Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
	Réglée à :	17 ans	17 ans	16 ans	10 ans 1/2			12 ans 1/2	14 ans	14 ans	12 ans 1/2	13 ans	14 ans		11 ans 1/2	13 ans		17 ans	12 ans 1/2	11 ans 1/2	16 ans		16 ans	17 ans		14 ans	16 ans	14 ans	12 ans	16 ans	12 ans 1/2		
	Régulièrement :	Oui	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui		Oui	Oui		Non	Oui	Oui	Oui		Oui	Non		Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
	Combien de jours :	6 jours	8 jours	8 jours	4 jours			8 jours	4 jours	5 jours	4 jours	.....	8 jours		8 jours douleur.	5 jours		.....	5 jours	2 jours	3 jours		5 jours	.....	.....	6 jours	.....	5 jours	6 jours	4 jours	3 jours		
Premiers rapports :		20 ans	20 ans	23 ans 1/2	17 ans			20 ans	.....	16 ans 1/2	24 ans 1/2	23 ans 1/2	18 ans 1/2		26 ans	26 ans		20 ans	21 ans	23 ans	20 ans		20 ans	21 ans		17 ans	30 ans	21 ans	17 ans	23 ans 1/2	20 ans		
Antécédents pathologiques de la mère :		Voir plus haut maladies de la mère						Voir plus haut maladies de la mère						Voir plus haut maladies de la mère						Voir plus haut maladies de la mère						Voir plus haut maladies de la mère							
Lieu de l'accouchement :		Chez elle	Chez elle	Chez elle	Chez elle			Chez une sage-fem.	Chez elle	Chez elle	Chez elle	Chez elle	Chez elle		Chez elle	Chez elle		Chez une sage-fem.	Chez elle	Chez elle	Chez elle		Chez elle	En ville		Chez elle	Bau- delo- cque	Chez elle	Chez elle	Chez elle	Chez elle		
Assistant :		Docteur S... rue des Trois- Frères, n° ?	Sage-femme morte ?	Docteur R... ? M. Char... ?	Sage-Femme Madame A... bou- levard de la Gare, 149 ?			Mademoiselle ? 104, rue de Join- ville ?	Mademoiselle ? rue de Grenelle ?	Mademoiselle M... rue de l'Olive ?	Mademoiselle D... rue du Commerce, numéro ?	Sage-femme ?	Sage-femme Mademoiselle D... rue Ménilmon- tant, n° ?		Sage-femme Mademoiselle B... rue de la Glacière	Sage-femme Madame B... rue de la Réunion		Mademoiselle ? rue Clignancourt, n° ?	Sage-femme Mademoiselle ?	Sage-femme Mademoiselle ?	Sage-femme Mademoiselle G... ?		Mademoiselle Car- don, rue St-Mar- tin ?	Sage-Femme Mademoiselle ?		Sage-femme Mademoiselle D... adresse ?		Sage-femme Mademoiselle S... adresse ?	Sage-femme Mademoiselle R... ?	Madame G... ?	Docteur ?		
Dernières règles avant l'accouchement :		Mi- février	?	?	25-29 septemb.			1-12 janvier	1-4 mai	?	?	Fin mai	16-24 janvier		?	?		?	?	1 ^{re} -3 juin	Début juillet		1 ^{re} -6 janvier	?	?	?	?	?	?	Juin ?	Mars ?		
Dernier rapport avant l'accouchement :		?	?	?	2 ou 3 j. avant			?	?	?	?	?	?		?	?		8 jours avant	?	?	?		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	
Que faisait la femme au moment de l'accouchement :		S'est re- pos. pen- dant tout. la gros- sesse	Travail- lait les champs	Ménagère cirait, s'est re- posée 8 jours	Ouvrière d'usl. ne s'est p. repos. chut.			Lavait, cirait, ne s'est pas reposée	La veille voyage de 9 h. de ch. de fer 3 ^e classe	Ne faisait que son ménage	Piquait à la machi- ne s'est p. reposée	Ne s'est p. reposée passait les nuits	Ne s'est pas reposée		Travail. debout, s'est re- pos. 15 j.	Ne faisait que son ménage s'est re- posée		Cirait, ne s'est pas reposée	Employ. au Lou- vre, ne s'est pas reposée	Ne se fatiguait pas	Travail. assise, ne s'est pas reposée		Ménagère ne s'est pas fatiguée	Faisait son mé- nage fleuriste	S'est reposée 3 mois	Brocheu. portait des paq. lourds	Ménagère ne s'est pas fatig.	Piquait à la machine	Frottait lavait	Portait des poids lourds			
Capture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle) :		Spontan. 2 h. av. accouch.	Spontan.	Spontan.	Artificiel. 10 m. av. accouch.			Spontan. 2 j. avant accouch.	?	Artif. 10 m. av. accouch.	Artif. 1 h. avant accouch.	Spontan.	Spontan.		Spontan.	Spontan.		Spontan.	?	Spontan.	Artificiel.		Spontan.	Spontan.		Artificiel.	?	Artificiel. 3 h. avant accouch.	Spontan.	Artificiel.	Spontan.		
Couleur des eaux :		Claire	?	?	?			?	?	?	?	?	?		?	?		?	?	Clares	?		Clares	?	?	?	?	?	?	?	?	?	
Lésions vulvo-périnéales :		0	0	0	?			0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0		Légère déchirur	0	Légère déchirur.	0	0	0	0	
Livraison :		Normale	Normale	Normale	?			Normale	Normale	Normale	Normale	2 œufs séparés	Normale		Normale	Normale		Normale	Normale	Normale	Hémor- rhagie ?		Normale	Normale		Normale	Normale	?	Placenta prævia ?	Normale	Normale		

Renseignements complémentaires (*suite*)

Détails sur les autres grossesses

Observation I

I. — Juin 1884. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{er} pas, 13 mois ; sein maternel un an. Vivante et bien portante.

II. — Janvier 1886. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 8 mois ; 1^{ers} pas, 17 mois ; sein maternel 5 mois, puis biberon jusqu'à 18 mois. Vivant et bien portant.

III. — Février 1888. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 4 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; biberon par nourrice connue de la mère, 18 mois. Vivante et très bien portante.

IV. — Avril 1891. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 5 mois ; 1^{ers} pas, 7 mois ; biberon par la même nourrice. Vivant et bien portant.

V. — Octobre 1893. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; biberon comme le précédent. Vivant et bien portant.

VI. — Novembre 1895. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 4 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; biberon comme les précédents. Vivante et bien portante.

VII. — (?) 1901. — Fausse couche de 3 mois. Chute dans un escalier.

VIII. — Le malade

IX. — (?) 1904. — Fausse couche de 3 mois $\frac{1}{2}$. Salpingite.

X. — Mars 1905. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 4 mois ; 1^{ers} pas, 10 mois ; biberon comme les précédents. Vivant et bien portant.

Le père serait le même pour tous (?)

Observation 2

I. — Juillet 1872. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, (?) ; 1^{ers} pas, 13 mois ; sein maternel, 6 mois et sevrage. Mort de méningite (?) à 2 ans. Fécondée en allaitant.

II. — Octobre 1873. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 8 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 14 mois. Vivante et bien portante. — R. de R., 6 semaines après.

III. — Octobre 1875. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent (?) 1^{ers} pas, un an ; sein maternel, un an. Vivant et bien portant. R. R. deux mois après.

IV. — Décembre 1877. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, (?) ; 1^{ers} pas, 13 mois ; sein maternel, 8 mois. Vivant et bien portant.

V. — Le malade.

Le père serait le même.

Observation 3

I. — Le malade.

II. — Jumeau du malade. A été malade dans les premiers mois. Actuellement bien portant.

III. — 1900. — Chez elle ; 2 jumeaux ; 2 sommets spontanés à terme (?) Deux garçons : le 1^{er} mort de diarrhée à 17 jours ; le 2^e, 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 14 mois ; sein maternel, 15 mois. Vivant, intelligent, mais petit et faible.

Pas de fausse couche.

Le père serait le même.

Observation 4

1^{er} lit :

I. — A l'âge de 18 ans, la mère, eut chez elle ; sommet spon-

né à terme : garçon ; 4 dents (?) mort à 8 mois de méningite.
Nourri au sein 4 mois. R. de R. six semaines après.

2^e lit :

II. — Le malade

Pas de fausse couche.

Observation 5

1^{er} lit :

I. — Garçon, 19 ans. Vivant, idiot (?)

II. — Fausse couche à 6 semaines (?)

III. — Fille mort-née (?)

IV. — Le malade.

V. — Fausse couche de trois mois (?)

2^e lit :

VI. — Garçon vivant et bien portant (?)

VII. — Garçon vivant et bien portant (?)

Observation 6

I. — Le malade (voir plus loin l'observation de l'accouch.
à Beaujon).

II. — Jumeau du précédent, mort à 2 mois de convul-
sions (?)

III. — Fausse couche de 3 mois (?)

IV. — Garçon, 11 ans, bien portant (?)

V. — Fille, 9 ans, bien portante (?)

VI. — Garçon, 5 ans, bien portant (?)

Le père serait le même.

Observation 7

I. — Le malade, fils unique.

Observation 8

I. — Le malade.

II. — Avril 1894. — A l'Hôtel-Dieu ; sommet spontané à terme : garçon, mort 24 h. après l'accouchement (?)

III. — Janvier 1900. — A l'Hôtel-Dieu ; sommet spontané à terme ; fille ; biberon en nourrice connue de la mère, morte à 4 mois de (?)

IV. — Mai 1904. — Chez elle ; Sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 9 mois ; 1^{ers} pas, 9 mois ; biberon par la mère, 15 mois. Vivant et bien portant.

V. — Avril 1908. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon : 1^{re} dent, 9 mois ; 1^{ers} pas, 13 mois ; biberon par la mère, 15 mois. Vivant et bien portant.

Pas de fausse couche.

Le père serait le même.

Observation 9

I. — Juin 1893. — Lariboisière ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent 6 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 15 mois. Vivante et bien portante. Fécondée en allait.

II. — Août 1894. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel, 16 mois. Vivante et bien portante. — R. de R., 2 mois après.

III. — Juillet 1896. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel 16 mois. Vivante, peu intelligente. R. de R. 2 mois après

IV. — Le malade.

V. — Août 1900. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 1 an ; sein maternel 16 mois. Vivant, peu intelligent. R. de R. 3 mois après.

VI. — Août 1902. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel, 20 mois ; abcès tuberculeux à un an. Traité 8 mois dans un dis-

pensaire. Mort à 4 ans 1/2 de méningite tuberculeuse. R. de R. 6 semaines après.

VII. — Décembre 1905. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 1 an ; sein maternel, 15 mois. Vivante et bien portante. R. de R. 6 semaines après.

VIII. — (?) 1910. — Fausse couche de 3 mois, chagrin (?)

Le père serait le même pour tous.

Observation 10

1^{er} lit

I. — Janvier 1891. — Chez une sage-femme ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 11 mois ; 1^{ers} pas, 2 ans $\frac{1}{2}$; biberon par nourrice inconnue de la mère, 9 mois, puis biberon par la mère, 2 ans. Vivante et bien portante.

2^e lit :

II. — Le malade.

III. — Mars 1900. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel, 2 ans $\frac{1}{2}$. Vivante et bien portante.

Pas de fausse couche.

Observation 11

I. — Juillet 1885. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 10 mois ; 1^{ers} pas, 10 mois ; sein maternel, 16 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 3 mois après.

II. — Juin 1888. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 4 mois ; 1^{ers} pas, 2 ans ; sein maternel, 10 mois. Vivante et bien portante. Fécondée en allaitant.

III. — Juillet 1889. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 17 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 2 mois après.

IV et V. — Février 1894. — Chez elle ; 2 jumeaux ; le ma-

lade et une fille.. Sommet (?) spontané à 8 mois ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 14 mois. — Régime mixte. Morte à 4 ans 1/2 de méningite tuberculeuse.

VI. — 1896. — Fausse couche de 3 mois (?)

Le père serait le même (?)

Observation 12

I. — Le malade.

II. — (?) 1904 (?) — Chez elle ; fausse couche de 2 mois (?)

III. — Oct. 1906. — A Tenon ; sommet spontané à terme : fille ; morte à 8 mois de (?) Sein maternel exclusif pendant 8 mois.

IV. — Mai 1910. — A Tenon ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent à 6 mois ; ne marche pas encore ; alimentation mixte : sein maternel la nuit ; biberon à la crèche le jour. Vivante et bien portante. R. de R. 6 semaines après.

Le père serait le même.

Observation 13

1^{er} lit :

I. — Garçon à terme, mort à 3 mois de méningite tuberculeuse.

2^e lit :

II. — Le malade.

3^e lit :

III. — Garçon à terme, 7 ans, bien portant, intelligent.

IV. — Fausse couche 3 mois 1/2 (chute).

V. — Fille née à 8 mois ; morte à 4 mois 1/2 (asthme ?).

VI. — Fille à terme, 4 ans. Bien portante, intelligente.

VII. — Fausse couche de 2 mois 1/2 (?)

VIII. — Garçon à terme, 20 mois, bien portant.

IX. — Fille née à 8 mois ; morte à 14 jours.

Observation 14

I. — Le malade.

II. — Août 1898. — Baudelocque. Sommet-forceps ; à terme : garçon ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 12 mois. Vivant bien portant. R. de R. 6 semaines.

III. — Août 190. — Tarnier. Siège (?) A terme : fille ; 1^{re} dent, 10 mois ; 1^{ers} pas, 12 mois ; sein maternel, 14 mois. Vivante et bien portante. R. de R., 6 semaines.

Pas de fausses couches.

Père serait le même.

Observation 15

I. — Février 1897. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 15 mois ; biberon, 13 mois par nourrice connue de la mère, en Normandie. Morte à 3 ans, de méningite tuberculeuse. R. de R. 6 semaines après.

II. — Décembre 1900. Fausse couche de 2 mois à la suite d'un effort (?)

III. — Janvier 1901. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 1 an ; 1^{ers} pas, 9 mois ; sein maternel, 14 mois. Vivante et bien portante. R. de R., 6 semaines.

IV. — Juin 1904. — Notre malade.

V. — Novembre 1909. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 14 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel, 18 mois. Vivante et bien portante, mais nerveuse. R. de R., 6 semaines après.

Observation 16

1^{er} lit :

I. — Garçon à terme, mort à un mois, de convulsions.

II. — Fille à terme, morte à un mois de convulsions.

2° lit :

III. — Garçon à terme, mort à 14 mois, de rougeole.

3° lit :

IV. — Fille à terme, morte à 4 mois de (?)

4° lit :

V. — Garçon à terme. Actuellement 6 ans, bien portant, arriéré.

VI. — Le malade

VII. — Garçon à terme, 4 ans. Bien portant ; faiblesse dans les jambes (?)

VIII. — Fille à terme, 2 ans ; bien portante, intelligente.

IX. — Fille à terme ; 2 mois, bien portante.

Pas de fausse couche.

Observation 17

1^{er} lit :

I. — Le malade.

II. — Août 1898. — Chez elle ; sommet spontané à terme (?) garçon ; 1^{re} dent, 7 mois ; alimentation mixte : sein maternel la nuit, biberon à la crèche, le jour. Mort à 9 mois, de méningite. R. de R. (?)

2° lit :

III. — (?) 1904. — Fausse couche de (?) , réglée très irrégulièrement.

IV. — 1905. — (8 mois après la précédente), autre fausse couche (?)

V. — Mai 1908. — Chez elle ; sommet (?) spontané (?) à terme (?) Fille morte et macérée.

VI. — Janvier 1910. — Chez elle ; sommet, forceps, à terme (?) garçon ; n'a pas encore ses premières dents, ne marche pas encore. Nerveux.

Observation 18

1^{er} lit :

I. — (?) 1896. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 18 mois ; biberon par nourrice inconnue de la mère, 6 semaines, puis sein par une autre nourrice jusqu'à un an. Bien portant ; plaques d'alopécie.

II. — Le malade

2^e lit :

III. — (?) 1902. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 16 mois ; biberon par la mère 15 mois. Vivant et bien portant.

IV. — (?) 1904. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 16 mois ; biberon par la mère 15 mois. Paralysie infantile.

Pas de fausse couche.

Observation 19

I. — Le malade.

II. — Une fausse couche de 3 mois.

Le père serait le même.

Observation 20

I. — Le malade.

II. — Janvier 1911. — Chez elle ; sommet spontané à terme (?) garçon ; 1^{re} dent, 10 mois ; 1^{ers} pas, 10 mois ; sein maternel, 8 mois. Vivant et bien portant. R. de R., 6 semaines après.

III. — Juillet 1906. — A Tenon ; sommet spontané à terme (?) fille ; 1^{re} dent, 4 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 10 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 6 semaines après.

IV. — Août 1905. — Tenon ; fausse couche de 3 mois.

Le père serait le même.

Observation 21

I. — Le malade.

II. — 1899. — A Baudelocque ; fille à terme. Vivante et bien portante.

III. — 1901. — A Baudelocque ; garçon à terme. Vivant et bien portant.

IV. — 1902 (?) — Fausse couche de 5 mois (?)

V. — 1906. — Chez elle (?) garçon à terme (?) Vivant et bien portant.

Le père serait le même.

Observation 22

I. — Le malade.

II. — Août 1900. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 7 mois ; 1^{ers} pas, 9 mois ; sein par une belle-sœur, dans la Lozère, 18 mois. Vivante et bien portante. R. de R., 6 semaines après.

III. — Juillet 1904. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille morte à 3 semaines de (?) dans la Lozère. R. de R., 6 semaines après.

IV. — Septembre 1906. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 9 mois ; 1^{ers} pas, 10 mois, biberon par une nourrice connue de la mère, dans la Lozère, 15 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 6 semaines après.

Pas de fausse couche.

Le père serait le même.

Observation 23

I. — Mai 1895. — A la maternité ; fausse couche à 5 mois (Σ du mari).

II. — Juillet 1897. — A Tenon ; fausse couche à 7 mois (Σ du mari).

III. — Le malade.

IV. — Mai 1901. — Chez elle d'abord, puis à Lariboisière. Présentation (?) à terme (?) (Syncope pendant l'accouchement. Pas de renseignements) : fille morte en nourrice 8 ou 10 jours après la naissance.

Le père serait le même.

Observation 24

I. — Décembre 1883. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois et demi : fille ; morte à 3 mois (?) sein maternel.

II. — Décembre 1884. — Chez elle ; sommet spontané, 8 mois : fille ; 1^{re} dent (?) 1^{ers} pas (?) morte à un an (?) sein maternel.

III. — Mai 1887. — Chez elle, sommet spontané, 8 mois : garçon ; 1^{re} dent, 15 mois ; 1^{ers} pas, 18 mois ; sein maternel, 8 mois. Mort accidentellement noyé à 11 ans.

IV. — Fin 1888. — Chez elle ; sommet spontané 7 mois et demi : garçon ; 1^{re} dent (?) sein maternel. Mort à 6 mois.

V. — La malade.

VI. — Décembre 1895. — Lariboisière ; sommet spontané, 7 mois et demi : fille ; 1^{re} dent, un an ; 1^{ers} pas, 1 an ; sein maternel, 8 mois. Vivante et bien portante.

VII. — (?) 1896. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois et demi : garçon. Mort à un mois (?). Sein maternel.

VIII. — (?) 1897. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois et demi : garçon. Mort à 2 mois (?). Sein maternel.

IX (?). — 1898. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois : garçon. Mort à 3 mois (?) Sein maternel.

X (?) 1899. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois : fille. Morte à 2 mois (?) Sein maternel.

XI. — (?) 1900. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois : garçon. Mort à 4 mois (?) Sein maternel.

XII (?) 1901. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois : fille. Morte à 3 mois (?) Sein maternel.

XIII (?) 1902. — Chez elle ; sommet spontané, 7 mois : garçon. Mort à 3 mois (?) Sein maternel.

XIV. — (?) 1903. — Chez elle ; sommet spontané, 8 mois : garçon ; 1^{re} dent, 15 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel (?) Vivant et bien portant.

Le père serait le même.

Observation 25

I. — (?) 1896. — Chez une sage-femme ; fausse couche de 3 mois provoquée.

II. — (?) 1897. — Chez une sage-femme ; la malade.

III. — Novembre 1898. — A Tenon ; sommet spontané, 6 mois : garçon ; couveuse ; sein maternel. Mort à 12 jours.

IV. — Janvier 1899. — Chez elle ; fausse couche (?)

V. — Janvier 1900. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 14 mois ; 1^{ers} pas, 18 mois ; sein maternel, 18 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 6 semaines après.

VI. — Janvier 1902. — Chez elle ; sommet (?) spontané 4 mois $\frac{1}{2}$: garçon. Mort 2 heures après.

VII. — Novembre 1905. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 12 mois ; 1^{ers} pas, 14 mois ; sein maternel, 12 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 6 semaines après.

VIII. — Mars 1907. — A l'hôpital de Bruxelles ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent (?) 1^{ers} pas (?) Sein maternel, 6 mois. Mort à 12 mois de gastro-entérite.

Le père serait le même.

Observation 26

I. — La malade.

II. — Mars 1900. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille. Morte à 3 mois, de convulsions (?) Biberon nourrice inconnue de la mère. R. de R. 6 semaines après.

III. — Octobre 1902. — Chez une sage-femme ; sommet spontané à terme : garçon. Mort à 3 mois, de gastro-entérite (?) Biberon par la mère. R. de R. 6 semaines après.

IV. — Novembre 1903. — En ville ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, un an ; biberon par la mère. Mort à 17 mois, de méningite (?)

Le père serait le même.

Observation 27

I. — La malade.

II. — Janvier 1900. — Maternité ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 18 mois ; sein maternel, 18 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 6 semaines après.

III. — Mai 1902. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois. Mort à 10 mois, de broncho-pneumonie ; sein maternel. Régulée en allaitant.

IV. — Juin 1904. — Maternité ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 17 mois ; sein maternel, 18 mois. Vivant et bien portant.

V. — Octobre 1908. — Chez elle ; sommet spontané à 8 mois : fille ; 1^{re} dent, 6 mois ; 1^{ers} pas, 22 mois ; sein maternel 2 mois ; au verre, avec du lait ordinaire, jusqu'à 15 mois. Vivante et bien portante. R. de R. 6 semaines après.

Pas de fausses couches.

Le père serait le même.

Observation 28

- I. — (?) 1895. — Fausse couche de 6 mois (?)
- II. — Janvier 1897. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 5 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 8 mois. Vivant et bien portant.
- III. — Décembre 1897. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 5 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, 12 mois. Mort à 4 ans $\frac{1}{2}$, de méningite.
- IV. — Avril 1900. — Chez elle ; sommet spontané à terme : fille ; 1^{re} dent, 5 mois ; 1^{ers} pas, 11 mois ; sein maternel, un an. Vivante et bien portante.
- V. — La malade.
- Le père serait le même.
-

Observation 29

- I. — Mai 1885. — Fausse couche 2 mois $\frac{1}{2}$ (?)
- II. — Avril 1886. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent, 3 mois ; 1^{ers} pas, 15 mois ; sein maternel, 15 mois. Vivant et bien portant. R. de R. 4 mois après.
- III. — Mars 1888. — Chez elle ; sommet spontané à terme (?) garçon ; 1^{re} dent, 4 mois ; 1^{ers} pas, un an ; sein maternel, 15 mois. Vivant, nerveux.
- IV. — Février 1894. — La malade.
- Le père serait le même.
-

Observation 30

- I. — Juillet 1892. — Fausse couche de 2 mois (?)
- II. — Novembre 1892. — Fausse couche de 2 mois (?)
- III. — La malade.
- IV. — Septembre 1894. — Chez elle ; sommet (version ?) à

terme : garçon ; 1^{re} dent (?) 1^{ers} pas, 16 mois ; biberon par la grand'mère maternelle. Vivant et bien portant.

V. — Août 1895. — Chez elle ; sommet spontané à terme : garçon ; 1^{re} dent (?) 1^{ers} pas, 15 mois ; biberon par la grand'mère maternelle. Vivant et bien portant.

VI. — Série de fausses couches (2 ou 3) de 2 mois environ (?) sans renseignements (?)

Le père serait le même.

Observation recueillie à la Maternité de Beaujon relative à l'accouchement du n° 6

Maternité de l'hôpital Beaujon, 6 novembre 1895. N° de l'accouchement : 658.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES DE LA MÈRE : Père et mère bien portants.

ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES DE LA MÈRE : A marché à neuf mois ; a toujours bien marché. Réglée à 16 ans.

ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES : Pneumonie à (?) Angine à (?)

I pare.

GROSSESSE ACTUELLE : Date des dernières règles : du 3 au 5 mars.

Age de la grossesse au moment de l'accouchement : 7 mois 3 semaines.

Examen des urines pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Normales.

EXAMEN DE LA MÈRE

GÉNÉRAL : Squelette, peau, cœur et poumons, normaux ; œdème : pas d'œdème ; varices : pas de varices.

OBSTÉTRICAL : Seins, ventre et utérus, normaux ; tension des parois : très tendues ; présentation : sommet ; engagement effectué ; position et variété D. P. ; bassin, normal ; auscultation à droite et ligne médiane au-dessus de l'ombilic.

ACCOUCHEMENT

Début du travail : 6 novembre 1895, à 9 heures du soir.

Entrée à la salle du travail : 6 novembre 1895 à 10 h. $\frac{1}{2}$ du soir.

Etat de la dilatation à l'entrée : (?)

Variété de la position : D. P.

Dilatation complète : 7 novembre 1895 à 3 heures du matin.

Durée de la période de dilatation (?)

Rupture des membranes, spontanée, précoce.

Liquide amniotique, normal.

Variété de position au moment du dégagement : 1^{er} jumeau : O P ; 2^e jumeau, S D P.

Expulsion des fœtus : 1^{re} application de forceps à 6 h. 35 : 2^e, 7 h. 10, le 7 novembre 1895.

Durée de la période d'expulsion : 3 h. $\frac{1}{2}$.

Lésions vulvo-périnéales, nulles.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance, normales.

Durée totale du travail : 9 h. $\frac{1}{2}$.

DÉLIVRANCE

Présentation du placenta : face fœtale.

Engagement à 7 h. 15.

Expulsion spontanée, à 7 h. 20.

Observation : un placenta séparé par un pont membraneux.

ENFANT (1^{er} jumeau)

Sexe masculin : état physique faible ; poids, 2110 gr. : longueur totale, 45 centimètres.

Diamètres de la tête : O M 12.5. — O F, 9.5. — S O B, 8. — S O F, 8.5. — Bi P, 8. — Bi T, 7. — S M B, 9.

Circonférences de la tête (?)

Poids : 1^{er} jour : 2.110 gr. : 3^e jour, 1.850 gr. : 5^e jour, 1.715 gr. : 7^e jour, 1.740 gr. : 9^e jour, 1.840 gr. : 11^e jour, 1.860 gr. : 13^e jour, 1.830 gr. : 14^e jour, 1.890 gr.

ANNEXES

Placenta : forme circulaire : poids, 730 gr. ; particularités, 2 placentas.

Membranes : Amnios, chorion, caduque, complètes.

Mensuration des membranes (?) .

Particularités des membranes : Pont membraneux.

Cordon : Insertion latérale ; longueur, 43 centimètres ; volume, normal ; particularités, normales.

E. — Service de M. Broca

(Hôpital des ENFANTS-MALADES, chirurgie)

Pour les raisons que nous avons énoncées plus haut, nous n'avons pu, dans ce service, établir que des statistiques :

	OBSERVATIONS consultées	ENFANTS à terme	PRÉMATURÉS	BONS renseignements
Maladie de Little	9	5	4	0
Hernies inguinales . . .	1.411	1.205	97	109
Hernies crurales	19	11	1	7
Hernies ombilicales. . .	157	93	8	56
Spina bifida	51	33	3	15
Paralysies infantiles . .	12	7	2	3
Pied bot paralytique . .	145	95	7	3
TOTAUX	1.804	1.449	122	233

**F. — Enquêtes faites au dispensaire du VII^e arrondissement
par M. Destré**

Pendant que nous faisons nos enquêtes, M. Destré, interne en médecine, des hôpitaux de Paris, assistant de consultation du docteur Bresset au dispensaire du VII^e arrondissement, poursuivait des recherches sur la réaction de Wassermann pratiquée chez les prématurés. D'après cet auteur, qui a bien voulu nous faire part de ses travaux, les résultats obtenus jusqu'à ce jour indiqueraient la réaction positive dans près de la moitié des cas.

Mais ces recherches devant faire l'objet de la thèse inaugurale de M. Destré, nous ne faisons que les signaler en renvoyant, pour plus de détails, à cette thèse, qui doit être soutenue très prochainement.

CHAPITRE III

Résultats des enquêtes

Observations éparses dans la littérature ;

Enquêtes de MM. Wallich et Fruhinsholz dans la clientèle privée ;

Enquêtes personnelles dans les hôpitaux ;

Réactions de Wassermann de M. Destré,

telles sont les quatre sources d'information où nous avons puisé les documents dont nous allons maintenant essayer de tirer quelques conclusions :

§ I. — OBSERVATIONS ÉPARSES DANS LA LITTÉRATURE

L'impression qui se dégage de documents aussi divers que ceux formant ce premier groupe, est nécessairement un peu vague. Cependant, il est un fait à remarquer : c'est que, dans la majorité des cas, les témoignages sont favorables à la prématuration ; la plupart du temps, après des débuts plus ou moins difficiles, une période critique plus ou moins longue, le prématuré reprend le dessus pour jouir dans la suite

d'une existence à peu près comparable à celle de l'enfant né à terme. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans bien des cas, la prématuration a une influence moins éphémère sur le sujet qu'elle a touché. Malheureusement, et c'est là cependant le point intéressant, nous ne savons pas dans quelle proportion les prématurés restent, jusque dans un avenir lointain, tributaires des circonstances de leur naissance. Cela, nous le savons d'autant moins, d'après cette première série de renseignements, qu'il ne nous est guère possible d'établir de rapport entre l'état d'infériorité et le degré de prématuration des sujets figurant dans les études et statistiques que nous avons recueillies. En effet, la plupart du temps, nous avons affaire à des prématurés aussi dissemblables et aussi peu comparables que possible ; des avortons de 1.100 grammes voisinent avec des sujets de 3.000, voire même 4.550 grammes ! Dans de telles conditions, il est difficile de se faire une opinion, d'autant que d'autre part, nous sommes fort mal éclairés sur certaines conditions étiologiques, telles que l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, les intoxications diverses, plus ou moins incriminables dans les cas envisagés, et capables, à eux seuls, de provoquer tout ou partie des effets que nous pourrions être tentés d'imputer uniquement à la prématuration.

§ II. — ENQUÊTES DE MM. WALLICH ET FRUHNHOLZ

C'est dans le but d'éliminer le plus possible ces différentes causes d'erreur très importantes, qu'ont été entreprises les enquêtes de MM. Wallich et Frunhinsholz, où ces auteurs se sont efforcés, comme nous l'avons

déjà dit, d'isoler le prématuré pur, indemne de toute tare, du prématuré taré « portant en lui, suivant l'expression dont ils se servent, la cause de sa prématuration, comme un fruit gâté porte son ver ». C'est dans le même but qu'ils ont sérié leurs prématurés suivant qu'il s'agissait d'enfants très prématurés ou d'enfants plus ou moins près du terme.

Or, voici ce qu'ils constatent :

Dans la *première série*, celle concernant les prématurés de 1.500 grammes et au-dessous, le déchet est énorme, en cela conforme aux statistiques publiées antérieurement.

Sur ces 17 observations (après élimination de l'observation Pinard-Le Masson où l'enfant est mort à 3 ans 1/2 de méningite tuberculeuse, et où les détails sont insuffisants) de prématurés presque tous nés de cause accidentelle : insertion vicieuse de placenta, géminellité, traumatisme, exceptionnellement pour cause pathologique, l'albuminurie maternelle n'étant pas considérée comme une tare pour l'enfant, on trouve :

7 observations nettement favorables ;

3 nettement défavorables ;

7 qui laissent à désirer.

Sur les 7 observations nettement favorables, on note :

Deux fois l'état de « parité » est indiqué, il s'agit de multipares. Chaque fois que les circonstances de l'accouchement sont relatées, il s'agit d'accouchement spontané et normal.

Tous ces enfants ont été nourris naturellement au lait de femme.

Deux d'entre eux, bien que nés l'un en état de mort apparente, l'autre ayant présenté des accès de cyanose très prononcés pendant les 15 premiers jours de sa vie, se sont cependant très bien développés.

Dans tous les cas, sauf un (celui de Bar), où le poids de l'enfant a été spécifié au moment de l'enquête, il s'est trouvé, dans les limites où on a observé, inférieur aux moyennes généralement admises.

L'apparition de la première dent et le début de la marche ont été habituellement retardés.

Deux de ces enfants ont parfaitement résisté à des broncho-pneumonies.

Sur les 3 cas défavorables :

Il s'agit, dans les 3 cas, de traumatisme au moment de l'accouchement : une version et deux enfants de primipares.

Deux de ces enfants, parvenus à 11 ans, sont des arriérés manifestes, des débiles mentaux.

Une observation particulièrement intéressante nous est fournie par Planchu : observation d'un jumeau premier-né, qui, bien qu'élevé au sein, a une progression pénible, n'aboutit à 7 ans 1/2 qu'à être un enfant pâle, chétif, arriéré, alors que son frère, venu second, pesant 540 gr. de plus que lui, élevé dans les mêmes conditions, est devenu un enfant très beau et parfaitement normal. Ici, il semble que la débilité extrême, et le traumatisme inséparable de la primiparité, doivent être invoqués pour rendre compte de l'état d'infériorité définitive de l'aîné par rapport à son jumeau puiné.

Sur les 7 observations laissant à désirer (*) du fait que l'enfant considéré, plus ou moins bien développé,

offre une « infériorité » quelconque, on constate que l'une ne sera jamais réglée ; l'autre conservera jusqu'à l'âge adulte, de l'incontinence nocturne d'urine intermittente ; chez un autre, une hernie inguinale ; chez un autre, une hydrocéphalie. Plusieurs traversent péniblement les premières années de la vie. Ils sont élevés au sein (Obs. Hahn, Potel, Cordier), ils sont exempts de tares héréditaires (Obs. Hahn, Potel) et cependant ils marchent tard, présentent des troubles de la mobilité des membres inférieurs, restent pâles, hypotrophiques, deviennent rachitiques, etc...

Dans la *seconde série*, celle concernant les prématurés de 1.500 à 2.000 grammes, le déchet par mortalité est encore considérable et celui par malfaçon reste appréciable.

Sur 27 observations (2 obs. de Maygrier sont éliminées parce qu'insuffisantes), 13 sont favorables, 3 nettement défavorables et 9 laissent à désirer.

Sur les 13 observations favorables, il s'agit le plus souvent d'enfants à hérédité saine.

La moitié est représentée par des enfants de primipares, ce qui semble indiquer que le traumatisme, du fait de la primiparité, n'est pas nécessairement nocif pour l'enfant ; du reste, 3 de ces prématurés très petits sont nés d'une application de forceps, 2 fois à travers un col artificiellement dilaté (Planchu, Boquel) et cela sans aucun dommage immédiat ou lointain.

Tous ces enfants, sauf un, ont été nourris au sein, ont eu, dans leur première année, des progressions de poids normales ou peu inférieures à la moyenne. Ils

ont marché vers 18 mois et percé leur première dent également avec un léger retard.

Plus de la moitié ont rattrapé le poids moyen des enfants de leur âge dès la première année révolue ; cependant un certain nombre restent au-dessous de la moyenne et sont notés comme « délicats ».

Un exemple optimiste, particulièrement démonstratif, nous est fourni par ce prématuré de 1.500 grammes (Obs. Wallich et Eudes), devenu, à 26 ans, un robuste gaillard (1 m. 81 — 85 kilogs), exerçant la profession de coureur cycliste, qui démontre que la prématuration est parfois compatible avec un développement physique ultérieur intense.

Au point de vue de la résistance aux maladies, ces prématurés se sont comportés sensiblement comme des enfants normaux.

Parmi les 3 observations défavorables concernant des enfants à hérédité saine :

Le premier est un enfant de 1.700 grammes, né spontanément en état d'asphyxie, qui n'a commencé à marcher qu'à 3 ans 1/2 et qui a manifesté ultérieurement des symptômes de maladie de Little.

Le second est fils de primipare, pèse 1.910 grammes à la naissance, est asphyxique, il n'a eu d'autres maladies que la varicelle et une coqueluche. Il ne marche qu'à 2 ans 1/2, reste en retard sur les enfants de son âge, présente de la faiblesse musculaire du côté gauche, ne parle qu'à 16 mois et présente du strabisme à 5 ans 1/2.

Le dernier est un petit jumeau pesant 1.535 grammes à la naissance, qui, à 4 ans 1/2, est arriéré physiquement, pâle, bouffi, présentant encore de l'incontinence d'urine.

Sur les 9 sujets laissant à désirer, 4 sont demeurés plus ou moins hypotrophiques, avec ou sans rachitisme.

Les 5 autres sont devenus de beaux enfants normaux au point de vue physique et intellectuel, mais présentant :

2 une hernie ombilicale (guérie à 2 mois chez l'un, à 1 an chez l'autre).

1 une hernie inguinale à 1 mois 1/2.

1, extrait par version, a présenté ultérieurement des convulsions, puis de la chorée, malgré une hérédité saine.

1, issu de primipare, a eu du strabisme.

Dans la *troisième série*, concernant les prématurés de 2.000 à 2.500 grammes, les résultats vont s'améliorant à mesure que le prématuré se rapproche du terme. Défalcation faite des observations de Maygrier ne mentionnant que des poids, sur 36 observations qui restent acquises, il n'y en a plus qu'une qui soit nettement pessimiste, 8 qui laissent à désirer et 27 favorables.

Sur les 27 observations favorables, se rapportant à des enfants de 2 à 16 ans, la plupart sont nés de multipares, le plus souvent spontanément, cependant il en est quelques-uns nés par version et 5 par application de forceps. La date des premiers pas et des premières dents fut normale ; l'allaitement maternel fut le mode d'alimentation dans presque tous les cas. Ils ont en général parlé de bonne heure et sont parvenus à un degré de développement physique et intellectuel normal. Ils ont supporté les affections de l'enfance comme des su-

jets normaux ; on ne relève parmi eux ni hernies, ni incontinence d'urine.

L'unique observation défavorable présente un intérêt particulier : il s'agit d'un enfant premier-né, dont l'hérédité est parfaitement saine, dont la conception s'est faite dans des conditions favorables, dont la gestation a été normale, qui, nourri au sein, a eu une progression de poids régulière et qui, à l'âge de 5 ans $1/2$, est en état d'hypotrophie manifeste avec ectopie testiculaire unilatérale. Le contraste est évident avec ses frères et sœurs puînés, à terme. La « prématuration » (8 mois, 2.466 gr. 49 c/m) est la seule circonstance qui semble pouvoir rendre compte de cette différence, aucune infection n'ayant été contractée au cours de la première enfance.

Sur les 8 observations laissant à désirer, on note plusieurs fois que les enfants sont devenus rachitiques, même nourris au sein, sont restés délicats, ont présenté une pâleur anormale, un retard dans le développement, tel cet enfant extrait par version (Obs. Rashkow) qui, à 4 ans, ne parle pas encore ; tel encore le prématuré de 2.045 grammes (Obs. Schuhl) né d'une primipare, et dont l'hérédité est saine, qui, à 8 ans $1/2$, présente de l'incontinence nocturne d'urine.

Dans la *quatrième série*, concernant les prématurés de 2.500 à 3.000 grammes, les résultats deviennent de plus en plus favorables, d'autant plus que, si on s'en rapporte aux tables de Potel et de Hahn, il s'agit d'enfants dans le 9^e mois ou même dans la deuxième partie du 9^e mois.

Les enfants suivis ont atteint, au moment de leur

observation, de 2 à 30 ans. Sur 65 cas on en compte 51 nettement favorables, 13 qui laissent à désirer et un seul cas défavorable.

Sur les 51 cas favorables, à peu près tous ont eu une évolution normale ; développement physique et intellectuel, âge des premières dents, des premiers pas, des premiers mots, etc., toutes les circonstances de leur première enfance et de leur vie ultérieure se sont montrées sensiblement analogues à celles des enfants nés à terme. C'est à peine si certains ont montré une réceptivité plus grande à l'égard des diverses affections de l'enfance et encore tous y ont-ils résisté victorieusement.

Si nous considérons les chiffres que donnent les observations, nous constatons que, au point de vue du développement physique (rapporté au poids), sur 36 prématurés dont le poids est noté au moment de l'observation, c'est-à-dire à des âges variant de 2 à 30 ans, nous obtenons :

9 f.	le poids est inférieur aux moy. cor. à l'âge consid.
23	— supérieur —
4	— égal —

Age de la marche. — Sur 41 cas où cet âge est noté : Il en est 32 où les prem. pas se sont fait avant 16 mois

— 9 — de 16 m. à 2 ans

Première dent. — Sur 28 cas où la date de son apparition est signalée, il en est :

1	ou la 1 ^{re} dent est apparue à	5 mois
11	— — — — —	6 —
7	— — — — —	7 —
7	— — — — —	8 —
1	— — — — —	9 —
2	— — — — —	10 —

La seule observation défavorable (Obs. 11 de Guibert) concerne un enfant très « touché » (rachitisme, incontinence, onanisme, crises nerveuses, ectopie testiculaire) ; mais comme nous n'avons aucun détail sur son hérédité, il est peut-être hasardé d'imputer toute cette pathologie au seul fait de la prématuration.

Les 13 observations laissant à désirer se rapportent à des enfants restés délicats, chétifs, plus ou moins arriérés, strabiques, etc... Mais il est à noter que 6 fois il s'agit d'enfants nés artificiellement : forceps, version, extraction de siège.

En définitive, si l'on fait le total de toutes ces observations en ne considérant, au point de vue de l'avenir éloigné, que leur caractère de : favorable, défavorable ou laissant à désirer, on obtient :

POIDS INITIAL	Nombre d'observations	AVENIR FAVORABLE		AVENIR DÉFAVORABLE		AVENIR laissant à DÉSIRER	
Prématurés de 900 à 1.500 grammes.	17	7	41 %	3	17,8 %	7	41,1 %
Prématurés de 1.500 à 2.000 grammes.	25	13	52 %	3	12 %	9	36 %
Prématurés de 2.000 à 2.500 grammes.	36	27	75 %	1	2,8 %	8	22,2 %
Prématurés de 2.500 à 3.000 grammes.	65	51	78,4 %	1	1,6 %	13	20 %

Il s'en suit que, chez les prématurés, même les plus exempts de tares héréditaires capables de voiler les ef-

fets de leur prématuration, celle-ci exerce cependant une action manifeste et définitive sur une portion notable de ceux qui survivent, et cela dans une proportion qui va régulièrement croissant avec le degré de prématuration. Très réservé pour les rares prématurés de moins de 1.500 grammes qui survivent, l'avenir s'améliore sensiblement jusqu'à devenir avantageux dans 78,4 % des cas, lorsque les enfants prématurés atteignent 2.500 à 3.000 grammes.

Cependant, à côté de cela, il faut reconnaître que parmi les prématurés, même les plus petits, il en est un certain nombre (de 41,1 à 78,4 %) qui peuvent devenir des enfants et même des adultes parfaitement normaux, aptes non seulement à « vivre », mais encore à lutter pour la vie, dans des conditions d'égalité parfaite, physique et intellectuelle, avec les privilégiés de la vie intra-utérine. Les enfants qui restent plus ou moins « handicapés » par leur naissance intempestive deviennent dans une proportion faible (17,8 à 1,6 %) des arriérés, débiles physiques et mentaux ou encore des victimes de la maladie de Little ; mais on trouve une proportion plus forte (41,1 à 20 %) parmi les enfants qui restent « touchés », diminués en quelque sorte, par une imperfection quelconque : hypotrophie, retard dans la marche, pâleur anormale, rachitisme, hernie, incontinence d'urine, strabisme, aménorrhée, etc.

D'autre part, la « prématuration » tend moins à réagir, semble-t-il, par elle-même sur l'avenir de l'enfant, que par la sensibilité plus grande qu'elle donne à celui-ci à l'égard du traumatisme obstétrical quel qu'il soit.

C'est ainsi que sur 8 observations défavorables, il y

en a 7 pour lesquelles les circonstances de l'accouchement sont précisées. Or,

4 fois il s'agit d'enfants de primipares.

1 " " d'enfant extrait par version.

2 " " d'enfants de multipares.

D'autre part, sur 37 observations « laissant à désirer », 27 offrent assez de détails pour qu'on puisse remarquer que :

2 fois il s'agit d'extraction du siège.

5 — — de version.

4 — — de forceps.

5 — — d'acc. spontané chez des primipares.

11 — — d'acc. spontané chez des multipares.

Soit 16 fois sur 27 il y a pu avoir traumatisme obstétrical, 11 fois par intervention proprement dite et 5 fois du fait simplement de la « primiparité ».

§ III. — ENQUÊTES PERSONNELLES DANS LES HOPITAUX

Avant d'entreprendre l'étude détaillée des documents que nous avons pu recueillir dans les hôpitaux, il convient d'examiner dans quelle mesure nos observations répondent à une condition *sine qua non* : la réalité et l'âge de la prématuration ; afin d'éliminer tous les cas où cette condition n'offrirait pas une authenticité suffisamment établie, et de ne conserver que les observations présentant des garanties assez sérieuses pour étayer, d'une façon solide, les déductions que nous voulons tirer de cette étude.

Dans de telles conditions, il nous faut, dès à présent, mettre de côté les 7 observations recueillies dans le service du professeur Pierre Marie, et l'embryon

d'observation provenant du service du D^r Vurpas, qui sont des documents vraiment trop sommaires sur le point spécial qui nous intéresse, et que nous n'avons publiés que pour mémoire, afin de donner une idée des difficultés auxquelles on se heurte, lorsqu'on poursuit des recherches de cette nature dans de tels milieux.

Pour les mêmes raisons, nous ne retiendrons les observations du service de M. Broca (chirurgie) qu'au simple point de vue statistique, et encore en signalant la relativité de l'exactitude de ces documents et en faisant toutes réserves à leur endroit.

Il nous reste donc les observations provenant du service du D^r Nageotte. Là encore, malgré le cadre très vaste de ces observations, malgré le soin et l'exactitude avec lesquels elles sont recueillies, il reste néanmoins, dans certaines, nombre de lacunes que malgré tous nos efforts, nous n'avons pu parvenir à combler, et force nous a été de les rejeter.

C'est ainsi que sur 46 cas de prématurés relevés dans toutes les sections de ce service, nous avons dû en éliminer 16 : 6 garçons et 10 filles, comme insuffisamment documentés, et ne conserver que les 30 observations (22 garçons et 8 filles) que nous avons publiées plus haut. Et encore, tant est malaisé d'établir d'une façon rétrospective l'âge d'une grossesse et de rechercher, à de nombreuses années de distance, la date de la fin des dernières règles permettant de préciser, autant que possible, les limites de la prématuration, avons-nous dû bien souvent nous contenter de la simple attestation que portait l'observation, attestation que dans chacun des 30 cas conservés, nous avons cherché à préciser sans pouvoir y parvenir plus de 13 fois. Dans ces

13 cas, nous avons donc pu établir, sur l'affirmation de la mère vue par nous, ou les rares documents recueillis dans les maternités, la date à peu près exacte des dernières règles. Mais dans les autres cas, nous n'avons pu parvenir à réveiller des souvenirs trop lointains ou trop effacés, et il nous a fallu nous contenter de la simple étiquette de prématuré indiquée par les fiches consultées. De la sorte, il nous a été possible de grouper les cas de la façon suivante :

Prématuré de 6 mois 1/2.....	1 cas
» » 7 mois	9 cas
» » 7 mois 1/2.....	4 cas
» » 8 mois	12 cas
» » 8 mois 1/2.....	5 cas
	30 cas

Ceci établi, voyons quels sont les troubles qu'il nous a été donné d'observer.

A ce point de vue, nous ne pouvons que considérer simplement les faits :

Sur les 30 prématurés du service du Dr Nageotte :

2 sont	arriérés
5 »	Epileptiques
8 »	Idiots
10 »	Imbéciles
1 est	Incontinent d'urine
1 »	hydrocéphale
1 »	macrocéphale
1 »	P. G.
1 a une maladie de Little.	

Si l'on considère la statistique du service du D^r Broca, on trouve :

Maladie de Little : 4 prématurés sur 5 cas.

Hernie inguinale : 97 prématurés sur 1.411 cas, moins 109 cas sans renseignements.

Hernie crurale : 1 prématuré sur 19 cas, moins 7 cas sans renseignements.

Hernie ombilicale : 8 prématurés sur 157 cas, moins 56 sans renseignements.

Spina bifida : 3 prématurés sur 51 cas, moins 15 sans renseignements.

Paralysie infantile : 2 prématurés sur 12 cas, moins 3 sans renseignements.

Pied bot : 7 prématurés sur 145 cas, moins 3 sans renseignements.

De telles données ne permettent évidemment pas d'établir de pourcentage, mais il est peut-être intéressant de retenir à un point de vue général que, sur 1.804 malades, dont on doit déduire 233 sans renseignements, on trouve environ 122 prématurés soit une proportion de *un pour huit* environ, le plus fort contingent étant fourni par la hernie inguinale : ceci pour le service de chirurgie.

Quant au service des enfants dégénérés, sur 630 malades dont 94 sans renseignement, nous avons 46 prématurés, soit une moyenne de *un sur douze* environ, le plus fort contingent étant fourni par les imbéciles et les idiots.

Maintenant, quelle peut être l'action exercée par la naissance prématurée sur les dégénérescences et les maladies que nous venons d'observer ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de la

scinder ; d'examiner d'abord la part qui revient aux causes banales de dégénérescence, en particulier à l'alcoolisme et à la syphilis des parents ; d'étudier ensuite l'influence qu'ont pu avoir les antécédents obstétricaux.

A. ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

Au point de vue des antécédents héréditaires, le questionnaire des observations du service du D^r Nageotte nous fournit des renseignements très complets : l'âge du père et de la mère à la naissance de l'enfant, leur profession, pays d'origine, les intoxications (alcool, café) dont ils peuvent être atteints, les maladies qu'ils peuvent présenter (la syphilis en particulier). En outre, un chapitre spécial sur l'intelligence, le caractère, l'examen physique de ces mêmes parents, le degré de consanguinité, leur différence d'âge, etc... plus une note sur l'état et les maladies des grands-parents et des collatéraux, tout y est scrupuleusement et minutieusement indiqué. Sans doute la réponse à la plupart de ces questions ne peut être faite que par les parents eux-mêmes, intéressés à nier ou à dissimuler les tares dont ils sont atteints.

Quoi qu'il en soit, au point de vue de l'alcoolisme, sur les 30 observations détaillées, nous trouvons, 13 buveurs et 17 non buveurs parmi les pères et les mères de nos prématurés ; maintenant quelle valeur ont ces chiffres ? tous les cas d'alcoolisme sont-ils avoués ? Nous n'oserions le prétendre, mais il n'en reste pas moins à retenir la proportion considérable des cas d'alcoolisme chez les parents.

Au point de vue syphilis, nous n'en trouvons qu'exceptionnellement des traces dans nos observations, mais il faut tenir compte que le plus souvent elle est ignorée de l'un ou même des deux parents ; oubliée parce que son début est trop lointain, ou dissimulée volontairement. Du reste, les observations de M. Destré et les réactions de Wassermann, qu'il a faites sur le prématuré, viennent éclairer ce point de la question.

B. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Afin de mettre le plus possible en lumière l'influence des antécédents obstétricaux, nous nous sommes attachés avec un soin tout particulier, à faire préciser dans leurs détails, aux mères de familles, les grossesses antérieures et postérieures à celle du prématuré, sans omettre les fausses couches. Cela nous a permis de situer chaque sujet dans la vie obstétricale de sa mère, et d'établir le tableau suivant où il est facile de comparer entre eux tous nos cas :

	1 ^{re} GROSSESSE	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e	11 ^e	12 ^e	13 ^e	14 ^e	OBSERVATIONS
1 Agi..	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	P. 7	A. 3	T. V.					Idiot, 9 ans.
2 Bar..	T. 1/2	T. 1/2	T. V.	T. V.	P. 8	T. V.	T. V.	P. 8							Imbécille, 18 ans.
3 Bei..	A. 6	P. 7	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. 1/2 trav.							P. G., 12 ans.
4 Big..	P. 7 1/2	P. 7	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, Jumelle, 13 ans.
5 Cho..	P. 8 m.	P. 8 m.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Jumeau, bien portant. — Arrière, 8 ans.
6 Del..	T. V.	A. 6 sem.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Idiot, 16 ans.
7 Dei..	J. P. 7 1/2	A. 6 sem.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Epilepsie, 16 ans. — Autre Jumeau + 2 ans.
8 Dod..	P. 7	P. 7	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Epilepsie.
9 Duci..	P. 7	P. 7	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécillité.
10 Duc..	P. 6	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Epilepsie.
11 Ein..	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Hydrocéphale, 13 ans.
12 Fer..	T. V.	P. 8	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, 13 ans.
13 Fra..	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, 17 ans. — Jumeau + 4 a. 1/2 m.
14 Gib..	P. 8	A. 3	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Arrière, 10 ans.
15 Gir..	A. 3	P. 8 1/2	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Epilepsie, 14 ans.
16 Her..	P. 8 1/2	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Macrocéphale, 12 ans.
17 Le P.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Epileptique, 8 ans.
18 Ler..	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Idiot, 15 ans.
19 Lim..	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, 7 ans.
20 Men.	F. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Epilepsie, 13 ans.
21 Mor..	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Idiot, 5 ans.
22 Nau.	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Incontinence, 15 ans.
23 Per..	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Idiot, 13 ans.
24 Pun.	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Idiot, 7 ans.
25 Rec..	F. G.	P. 6	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, 16 ans.
26 Roc..	G. G.	A. 3	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Idiot, 17 ans.
27 Ro...	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Jumelle, morte et mac. — Idiot, 11 ans.
28 Sei..	F. G.	A. 2	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, 18 ans.
29 Tou..	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Imbécille, 17 ans.
30 Vay..	G. G.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.	T. V.							Little, 12 ans.

Explication des termes :

A = Avortement (l'exposant indique le mois de grossesse).

T = Terme

V = Vivant.

P = Prématuré (l'exposant indique le mois de grossesse).

† = Mort (l'exposant indique le mois de la mort).

P = Indique le prématuré dégénéré.

L'étude de ce tableau conduit à un certain nombre de remarques sur la fréquence des dégénérescences chez les aînés des prématurés, et sur la comparaison du prématuré avec ses frères et sœurs :

*1° Fréquence des dégénérescences chez les aînés
prématurés*

Sur les 30 observations, 13 fois nous rencontrons le prématuré premier-né, 1 fois second né, et 2 fois troisième né ; et encore, dans ces derniers cas, est-il précédé d'avortements ou d'accouchements prématurés, ce qui permet de le considérer comme premier-né, puisqu'il a évidemment reçu, lors de sa naissance, le même traumatisme que s'il avait été premier de la série. Cela porte donc à 16 le nombre réel des premiers-nés parmi nos dégénérés.

Une pareille proportion semble bien mettre en relief l'influence du traumatisme obstétrical de la naissance chez les prématurés, surtout si on compare ce fait aux résultats obtenus par M. Wallich, dans ses recherches anatomo-pathologiques (58) où, sur une série de plus de 150 autopsies, il signale la fréquence de ce traumatisme, sous forme d'hémorrhagies diverses chez les prématurés ; tandis que M. Couvelaire démontre, dans des travaux analogues, la prédominance des lésions médullaires chez le fœtus à terme, alors que les lésions cérébrales sont prédominantes chez les prématurés.

Quant à savoir quelles sont les lésions qui, au moment de l'accouchement, peuvent influencer sur l'avenir

(58) V. Wallich. loc. cit.

des centres nerveux du sujet ? Nous ne sommes pas à même de répondre ; il n'en reste pas moins important de faire ressortir l'influence du traumatisme, qui, lors de la naissance, ainsi que le professeur Pinard le signale dans son enseignement, frappe avec une préférence marquée le premier-né, à qui incombe la tâche de dilater, pour la première fois, les parties molles maternelles.

2° *Le prématuré et ses frères et sœurs*

Il reste à préciser si les troubles observés chez nos prématurés, sont bien la conséquence de leur naissance avant terme et non celle de l'alcoolisme, la syphilis, les intoxications et autres tares héréditaires.

En étudiant attentivement nos observations, nous pouvons, dans une certaine mesure, renseigner sur ce point :

Dans un certain nombre de cas, nous voyons le produit se modifier, alors que les facteurs restent le plus souvent les mêmes, avec les mêmes tares, et ces modifications semblent être fonction du rang de naissance et de la naissance prématurée.

Parmi les sujets que nous fournit le service du D^r Nageotte, nous avons pu isoler les différents types suivants :

I. Premier-né prématuré, suivi d'enfants à terme vivants ;

II. Prématuré précédé et suivi d'enfants à terme ;

III. Prématurés en série ;

IV. Jumeaux.

I. *Premier-né prématuré, suivi d'enfants à terme vivants.* — C'est, comme nous l'avons vu, le cas le plus fréquent, puisqu'en comptant comme primipares trois femmes ayant eu des avortements ou accouchements prématurés antérieurs, le cas se produit 16 fois sur 30. Ce fait semble bien démontrer l'influence de la prématuration sur les dégénérescences, lorsqu'il s'agit de la prématuration de l'aîné des enfants ; tandis que d'autres enfants puînés, peuvent naître à terme, vivants et bien développés, alors que les tares des parents restent à peu près les mêmes que pour le premier-né. Ce fait vient à l'appui des notions de puériculture avant la conception que s'efforce de répandre le professeur Pinard. Suivant ses observations, les parents les plus tarés (syphilis, alcoolisme, arthritisme, impaludisme) peuvent, en choisissant pour procréer, un moment de santé parfaite, obtenir des enfants sains, tandis que, au contraire, l'on peut voir les êtres les plus sains obtenir des rejetons dégénérés, si la procréation a lieu dans une période de déchéance passagère (maladie, indisposition, intoxication, infection).

II. *Prématuré précédé et suivi d'enfants à terme.* — Il s'agit ici de prématurés arrivant, comme accidentellement, au milieu de séries d'enfants à terme vivants et bien portants. Ces cas, comme les précédents, viennent à l'appui de l'enseignement du professeur Pinard, au sujet de la puériculture avant la conception. Comme on peut le voir, dans certaines observations, les prématurés nés 5^e ou même 9^e enfant ne donnent pas des résultats beaucoup plus brillants ; on les voit décimés dans les premiers mois ou les premières années.

Dans une observation le fait est frappant : un prématuré deuxième-né, aujourd'hui vivant, mais épileptique, ne disant que « papa et maman » à 4 ans, un autre prématuré, 5^e enfant des mêmes parents, mort à 4 mois 1/2, et un dernier, 9^e enfant, mort à 14 jours.

Sur les 9 grossesses de cette observation, nous trouvons les trois prématurés que nous venons de citer ;

Deux avortements de trois mois ;

4 enfants à terme.

Or, ces derniers sont tous vivants, bien portants et, paraît-il, intelligents. Dernier détail particulièrement intéressant, si l'on tient compte que le père buvait jusqu'à 32 petits verres par jour et que la mère est peu vigoureuse. Dans de telles conditions, il est très vraisemblable que les enfants à terme vivants et bien portants aient pu être procréés en dehors des crises d'alcoolisme, tandis que les prématurés, n'ayant pas eu cette bonne fortune, sont morts de bonne heure ou sont devenus épileptiques,

III. *Prématurés en série.* — Nous n'avons qu'une observation de ce genre, elle compte 14 grossesses, 14 prématurés.

Les antécédents héréditaires sont très nets : le père boit, il a des abcès froids ; la mère avoue des excès de café et des pituites.

L'enfant observé est le 5^e de la série, c'est une fille, âgée, au moment de l'observation, de 17 ans ; elle est imbécile et perversie.

Quant aux autres prématurés :

Le 1^{er}, né à 7 mois, est mort à 3 mois.

Le 2^e, né à 8 mois, est mort à un an.

Le 3°, né à 8 mois, a pu s'élever, nourri au sein maternel 8 mois ; il s'est noyé accidentellement à 11 ans.

Le 4° prématuré, né à 7 mois $1/2$, est mort à 6 mois.

Le 5° prématuré, né à 8 mois $1/2$, est l'imbécile internée à Bicêtre, aujourd'hui âgée de 17 ans.

Le 6°, né à 7 mois $1/2$, est actuellement vivant et bien portant, a 16 ans.

Le 7°, né à 7 mois $1/2$, est mort à un an.

Le 8°, né à 7 mois $1/2$, est mort à 2 mois.

Le 9°, né à 7 mois, est mort à 3 mois.

Le 10°, né à 7 mois, est mort à 2 mois.

Le 11°, né à 7 mois, est mort à 4 mois.

Le 12°, né à 7 mois, est mort à 3 mois.

Le 13°, né à 7 mois, est mort à 3 mois.

Le 14°, né à 8 mois, est actuellement vivant et bien portant, âgé de 8 ans.

Tous ces enfants seraient du même père et auraient été régulièrement nourris au sein maternel.

Au total, sur 14, 4 ont vécu : le 3°, né à 8 mois, noyé à 11 ans ; le 5°, l'imbécile de Bicêtre qui a 17 ans ; le 6°, né à 7 mois $1/2$, fille actuellement âgée de 16 ans, et le dernier, né à 8 mois, garçon vivant et bien portant, âgé de 8 ans.

Ainsi, malgré de lourdes tares héréditaires, nous voyons 4 fois sur 14, la prématuration compatible avec la survivance et le développement des sujets ; il est vrai que sur les 4, il y a une imbécile.

Quelle est maintenant la cause de toutes ces prématurations ? Il est peu probable qu'il y ait eu 14 placentas prævius, une malformation utérine aurait eu le temps de se corriger au cours d'un si grand nombre de grossesses. La syphilis aurait eu le temps de vieillir.

Peut-être pourrait-on invoquer le traumatisme conjugal agissant d'une façon récidivante et occasionnant, vers la même date, toutes ces naissances prématurées ?

IV. *Jumeaux*. — Nous relevons 4 cas de jumeaux :

1°) C..., arriéré de 8 ans, né à 8 mois ; le jumeau est vivant et bien portant. Ce sont des cadets.

2°) D..., épileptique de 16 ans ; le jumeau est mort à 2 mois. Ce sont des aînés.

3°) F..., imbécile de 17 ans ; le jumeau est mort à 4 ans 1/2 de méningite. Ils étaient 4^{es} nés à 8 mois.

4°) R..., idiot de 17 ans ; la jumelle née-morte et macérée. Ils étaient premiers-nés à 8 mois.

Il est difficile de conclure d'un aussi petit nombre de cas ; cependant il est intéressant de noter que sur les 4 jumeaux, l'un était macéré, 2 sont morts en bas âge et qu'un seul à survécu, qu'il a 8 ans, et qu'il est bien portant.

§ IV. — OBSERVATIONS DU DISPENSAIRE DU D^r BRESSET RÉACTIONS DE WASSERMANN DE M. DESTRÉ

Quant aux travaux de M. Destré, nous n'en voulons rien préjuger ; cependant, si les résultats premiers se confirment et se vérifient sur une plus vaste échelle, il est aisé de voir la part importante qu'il conviendrait de faire à la spécificité dans la pathogénie de la naissance prématurée.

Conclusions

Les enquêtes personnelles faites en ville et à l'hôpital par MM. Wallich et Fruhinsholz et par nous-mêmes, malgré les très grandes difficultés de tout ordre que comportent de telles recherches, nous ont permis d'apporter à l'étude de cette question du prématuré et de son avenir, un certain nombre d'observations dans lesquelles le sujet, envisagé bien avant sa naissance, est suivi pour ainsi dire pas à pas au cours de son développement, quelquefois jusqu'à un âge avancé. Ces observations, aussi complètes que possible, forment un faisceau de documents nous autorisant à formuler les conclusions suivantes :

I. — L'avenir du prématuré n'est pas fatalement compromis dans tous les cas.

II. — Cet avenir est d'autant moins compromis, que la prématuration est moins accentuée et exempte de toute tare soit héréditaire, soit obstétricale.

III. — Il est néanmoins des cas où cet avenir est très menacé, cela d'autant plus que l'enfant est né plus loin du terme, que son accouchement a été plus pénible,

qu'il est premier né, qu'il est issu de parents tarés soit d'une façon accidentelle, soit d'une façon chronique.

IV. — Les troubles les plus généralement observés sont les hernies, les pieds bots, l'incontinence d'urine, les troubles nerveux, en particulier, l'imbécillité, l'idiotie, l'épilepsie, la Maladie de Little.

Vu, le Président de thèse :

PINARD.

Vu, le Doyen :

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD.

Index Bibliographique

- ABRAHAM. — Über den Erfolg der Künstlicher Frühgeburt, Diss., Berlin, 1894.
- AHLFELD. — Arch. f. Gynæk 1875, t. VIII, page 194.
— L'avenir des enfants nés prématurément à la suite de la provocation de l'accouchement. Zentralbl. f. Gyn., numéros 20 et 21, 1901.
- AUDEBERT. — Arch. médicales de Toulouse, 15 mai et 15 septembre 1900 ; 15 mai 1901.
- ANDÉRODIAS. — La pratique des maladies des enfants, Paris, T. I.
— De l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements rachitiques du bassin. Gaz. des mal. des enfants, Paris, 1906.
- AUVARD. — Traité d'accouchement.
- BAILLY. — Journal d'accouchement, 1880.
- BAISCH. — Für und wider die Kunstlich. Frühgeburt Deutsch. medic. Wochensch Leipzig und Berlin, 1905, XXXI, 466-468.
- BAR. — Pratique de l'art des accouchements, 1907.
- BECKER. — Thèse de Kiel, 1899.
- BENTNER. — Zur Frage der Einleitung der Kunstlichen Frühgeburt bei Beckenge. Arch. f. Gyn. 1895.
- BOLLENHAGEN. — Beitrag zur Einleitung der Künstlichen Frühgeburt Zeitsch. f. Geb und Gyn., 1889.
- BOURNEVILLE. — Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'épilepsie. Compte rendu du service des Enfants de Bicêtre, 1889.

- BOURRET. — Pronostic foetal éloigné des principales interventions obstétricales, 1908.
- BRISSAUD. — Maladie de Little. Semaine Médicale, 1894, n° 42.
- Maladie de Little. Revue de Neurologie, 1903, p. 724.
- BRISSAUD et BOURNEVILLE. — Arch. de Neurologie, 1880.
- BRISSAUD et SOUCQUES. — Traité Charcot-Bouchard, t. X, édit. 1904.
- BRUCKARD. — Maladie de Little comme conséquence de troubles obstétricaux. Zeitsch. f. Geb. und Gyn., t. XLI, 1899.
- BUDIN. — Manuel pratique d'allaitement, Paris, Doin, 1905.
- Accouchement prématuré artificiel. Journal des Sages-femmes, Paris, 1906.
- BUDIN et PERRET. — Nouvelles recherches sur les enfants débiles, Obstétrique, mai, 1901.
- BUCHBECK. — Arbeiten aus der Kgl Frauen Klinik in Dresden, Leipzig, 1893.
- CANEL. — Syndrome de Little, Th. de Paris, 1905.
- CHARLES (de Liège). — Cours d'accouchement, t. I, 1897.
- CESTAN. — Le Syndrome de Little, Th. de Paris, 1899.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchement, t. I, p. 234.
- COMMANDEUR. — Traité de l'art des accouchements.
- CORDIER (de Bruxelles). — Presse médicale Belge, 1910, n°s 42 et 47.
- COUVELAIRE. — Annales de Gyn., avril 1903 — janv. 1907.
- Titres et trav. scientifiques, p. 32, Paris Steinheil.
- DE CUVRY. — Uber die Ergebnisse der Künstlichen Frühgeburt.
- DECHARME. — Mythologie de la Grèce antique.
- DELAIGUE. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin, Lyon, 1905.
- DELESTRE. — Thèse de Paris, 1901.
- DOLERIS. — Bul. de l'Acad. de Médecine, 21 mai 1907, p. 627.

- DÖPNER. — Die Kunstehliche Unterbrechung der Schwangerschaft an der Greifswalder Frauenklinik, 1885-1903, Diss. Greifswald, 1904.
- FABRE. — Précis d'Obstétrique.
- FRUCK. — Die Künstliche Frühgeburt und ihn Erfolg. Diss. Strasbourg, 1890.
- GALLIMARD. — Avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué, Thèse de Paris, 1905.
- GILLES. — De l'accouchement prématuré provoqué à Toulouse, Thèse de Toulouse, 1902-1903.
- GOW. — On the induction of premature labour, St. Mary's Hosp. Gaz. London, 1906.
- GUIBERT. — L'accouchement prématuré provoqué dans les cas de bassins rétrécis. Th. de Lyon, 1910.
- HAHL. — Kliniche Studie uber die Kunstliche Fruhgeburt bei Bekneuge. Arch. f. Gyn, 1903.
- HAHN. — Des prématurés. Th. de Paris, 1901.
- HAUSHATER et COLLIN. — Rapport au XV^e Congrès de médecine de Lisbonne, 1906.
- HELLER. — Uber Künst. Frühgeburt bei engen Beck.-Arch. f. Gyn, 1904.
- HEYMANN. — Uber Methoden und indicationen der Künstl. Unterbrechung der Schwengerschaft. Arch. f. Gyn, 1899.
- HUNZICKER. — Thèse de Leipziëg, 1904.
- KRÔMER. — Mon. f. Geb. und Gyn., 1904, T. 20, p. 901.
- LAMPRECH. — Diss Gottingen, 1894.
- LÉOPOLD ET CONRAD. — Zur Berechtigungsfrage der Künstlichen Frühgeburt, 1907, p. 648.
- LITTLE. — Trans. of the Obstétrical Society of London, vol. III, 1861-1862.
- De l'influence de l'acc. difficile sur l'état mental et physique de l'enfant, mem. à la Société Obstétricale de Londres, 1882.
- LONG-LANDRY. — La maladie de Little, étude anatomique et pathologique. Th. de Paris, 1911.

- LOREY. — Thèse de Halle, 1904. In Archi. f. Gyn, t. LXXI, cahier 2.
- MAYGRIER. — In l'Obstétrique, nov. 1901- juillet 1907.
- MAYGRIER et SCHWAB. — Soc. Obst. de Paris, 20 juin 1907.
- MILLER. — Jahrb. fur Kinderheilk, t. 25, p. 179, 1886.
- MOMMERT. — Thèse de Berlin, 1905.
- MUELLER. — Résultat éloigné de l'accouchement prématuré.
Vert. oentz. Naturforscher und artz in Karlsbad,
1901, ref in Zeutralbl. f. Gyn., 1901, n° 43, page
1140.
- NICLOUX. — Recherches expérimentales sur l'élimination de
l'alcool. Détermination d'un alcoolisme congénital.
Th. Paris, 1900.
- OBERWARTH. — Jahrb. f. Kinderheilk, 1904.
- OSIANDER. — Haudb. der Eutbindungskunst-Tubingen, 1819,
t. I, page 575.
- OSTRE'CIL. — Uber die Vitalität früh geborener Kinder. In
Monatsch f. Geb und Gyn. 1905, juillet, t. XXII.
- OUTREPONT. — Abhandlungen und Beitrüge Geburtshülfi-
chen. Inhalls. Theil, I, s. 167.
- PERRET. — Symphiséotomie et accouchement prématuré.
Thèse de Paris, 1894.
- PINARD (A). — Dict. encyclop. de Dechambre. Article fœtus.
— Chronique médicale, octobre 1898, n° 19.
— Leçons cliniques, 1898.
- PLANCHU. — L'Obstétrique, juillet 1907.
- RASHKOW. — Thèse de Kiel, 1901.
- RAYMOND. — Leçons cliniques à l'hôpital Lariboisière, 3^e série.
- ROUSSEAU (J.-J.). — Confessions.
- ROMBAY. — Thèse de Wüzburg, 1899.
- SARVEY. — Kunstliche Fruhgeburt beim Berkeng., Berlin,
1896.
- SCHNEIDER. — Die Lebenschancen der Kinder von Kunst.
Frühg, und Kaiserschnitten. Diss. Strasbourg, 1906.
- SCHULZ. — 71 Fälle von Einleitung der Kumstlichen Frühge-
burt. Diss. Flawil, 1897.
- SILBERMANN. — Th. de Breslau, 1902.

- SKORSCHEBAN. — Mona. f. Geb. und Gyn., 1900.
- TAUBERT. — Beitrag. zur Lehre von den Künstlichen Frühgeburt. Th. Berlin, 1891.
- TISSIER. — De l'influence de l'acc. normal sur le développement des troubles nerveux de l'enfant. Th. de Paris, 1898-1899.
- VALLENCY. — Acc. dans les bassins rétrécis, statistique et pronostic. Soc. Obst. de F., 1902 et Obstétrique, sept. 1902.
- VAN GEHUCHTEN. — Faisc. pyramidal et maladie de Little. Jour. de Neuro, 1896.
- Revue de Neurologie, 1897, page 65.
- VAN SWIETEN. — Commentaires, Ed. 1773.
- VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements.
- VILLEMAIN. — Revue des Maladies des Enfants, t. XIII. janv. 1895.
- WALLICH. — Ann. de Gyn et d'Obst., 1898.
- Précis d'Obstétrique, Paris, Steinheil.
- WALLICH et FRUHINSHOLZ. — Rapport à la Société Obs. de F., octobre 1911.
- WINKEL. — Traité d'accouchement, t. III, pages 138 et suiv.
- WITKOWSKY. — Les accouchements à la Cour. Paris. Steinheil.
-

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned
on or before the date last stamped below.

FEB - 3 1938

OCT 13 1941